



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Autocuidado do Doente Cardíaco com Hipertensão Arterial

Carla Sofia Trindade Gonçalves Moro

Orientação: Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Autocuidado do Doente Cardíaco com Hipertensão Arterial

Carla Sofia Trindade Gonçalves Moro

Orientação: Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

O Autocuidado do Doente Cardíaco com Hipertensão Arterial

Carla Sofia Trindade Gonçalves Moro

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica**

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Orientador: Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

12 de outubro de 2020

AGRADECIMENTOS

Este trabalho teve o apoio e incentivo daqueles que mais importantes são para mim, e que colaboraram para o meu progresso pessoal e profissional, nesta longa caminhada à procura da excelência dos cuidados.

À Professora Maria do Céu Marques pela orientação.

À Inês Beliz, amiga e companheira nesta jornada, juntas somos mais fortes.

Aos peritos das áreas que me ajudaram a saber ser e a saber fazer melhor.

Um agradecimento especial aos meus pais, pelas palavras encorajadoras, apoio, e pela ajuda na construção da pessoa que hoje sou, tenho em vocês o meu maior exemplo.

Ao meu marido, que foi o que mais de perto assistiu ao meu percurso, aos meus medos e inseguranças, que sempre ali esteve com palavras de apoio e amor incondicional, demonstrando-me sempre que era capaz.

À restante família, que mesmo eu estando ausente, sempre se fizeram sentir presentes com palavras de apoio e motivação.

A todos o meu sincero agradecimento!

RESUMO

Ao determinar o conhecimento que a pessoa tem sobre a hipertensão, pode permitir um melhor controlo e a redução das complicações associadas, portanto, promover a saúde e prevenir a doença deve ser prioritário.

Objetivo: Pretende pormenorizadamente dar a conhecer as fases de um projeto que tem como objeto de estudo o autocuidado do doente cardíaco com Hipertensão Arterial.

Método: Este relatório detalha a trajetória formativa percorrida no Estágio 1 e Final. No último foi elaborada a intervenção *major*, que dá designação a este relatório. Foi utilizada uma escala de avaliação do autocuidado da pessoa com hipertensão, aplicada a 118 utentes.

Resultados: Constata-se a capacitação não adequada para o autocuidado, colocando um desafio aos profissionais de saúde para educar de modo a promover a saúde e prevenir a doença, de maneira a tornar as pessoas participantes ativas no autocuidado da sua tensão arterial.

Foi demonstrado as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, na dimensão do cuidar da pessoa em situação crítica, e de mestre em enfermagem.

Conclusão: Os objetivos inicialmente delineados neste documento foram alcançados, colaborando no progresso pessoal e profissional.

Palavras-chave

Enfermagem médico-cirúrgica, doente crítico, hipertensão, autocuidado.

ABSTRACT

When determining the person's knowledge of hypertension, it can allow better control and reduction of associated complications, therefore, health promotion and disease prevention should be a priority. Objective: It intends to make known in detail the stages of a project whose object of study is the self-care of cardiac patients with Arterial Hypertension.

Objective: It intends in detail to make known the phases of a project whose object of study is the self-care of the cardiac patient with Arterial Hypertension. Results: There is an inadequate capacity for self-care, posing a challenge to health professionals in education for health promotion and disease prevention, in order to make people active participants in self-care of their blood pressure.

Method: This report details the training path taken in Stage 1 and Final. In the last one, the major intervention was elaborated, which gives the name to this report. A self-care assessment scale for people with hypertension was used, applied to 118 users.

Results: It appears that the training is not adequate for self-care, posing a challenge to health professionals in education to promote health and prevent disease, in order to make people active participants in self-care of their blood pressure.

The activities developed for the acquisition of skills as a specialist nurse in the medical-surgical area, in the dimension of caring for the person in critical situation, and as a master in nursing were demonstrated.

Conclusion: The objectives initially outlined in this document have been achieved, contributing to personal and professional progress.

Keyword

Medical-surgical nursing, critical illness, hypertension, self-care.

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção Geral de Saúde

EA-HA – Escala do Autocuidado da Hipertensão Arterial

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica

EMC-PSC – Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora

HTA – Hipertensão Arterial

HUB – Hospital Universitário de Badajoz

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN - International Council of Nurses

ICPP – Intervenção Coronária Percutânea Primária

INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

IPP – Instituto Politécnico de Portalegre

NOTIFICA – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PHYSA – Portuguese Hypertension and Salt Study

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SC-HI – Self Care of Hypertension Inventory

SES – Sistema Extremeño de Salud

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

SPH – Sociedade Portuguesa de Hipertensão

SPSS - Statistical Package for Social Science

SU – Serviço de Urgência

UADCI – Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

Índice

INTRODUÇÃO.....	13
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	16
1.1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BADAJOZ.....	16
1.1.1. Serviço de Urgência.....	17
1.2. HOSPITAL DE ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA.....	19
1.2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos.....	20
1.2.2. Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção.....	21
2. ANÁLISE DOS OBJETIVOS DO PROJETO DE ESTÁGIO.....	23
3. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO MAJOR.....	25
3.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	25
3.1.1. Educação em Saúde para o Autocuidado.....	27
3.1.2. Avaliação do Nível de Conhecimentos sobre a Hipertensão Arterial em Doentes Cardíacos.....	29
3.2. METODOLOGIA.....	31
3.2.1. Diagnóstico da situação.....	31
3.2.2. Definição de objetivos.....	36
3.2.3. Planeamento.....	37
3.2.4. Execução.....	37
3.2.5. Avaliação.....	38
3.2.6. Divulgação dos resultados.....	39
4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	54
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM.....	54
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM.....	62
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	68
6. CONCLUSÃO.....	70
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
APÊNDICES	

Apêndice I – Projeto de Estágio.....	81
Apêndice II – Pedido para uso da escala “Self-Care of Hypertension Inventory”	100
Apêndice III – Escala do autocuidado da hipertensão traduzida para português.....	102
Apêndice IV – Pedido à Comissão de Ética do HESE.....	105
Apêndice V – Pedido à Comissão de Ética do IPP.....	108
Apêndice VI – PowerPoint: Actuación de enfermería ante un paciente con alteraciones electrocardiográficas.....	113
Apêndice VII – Cuestionario de evaluación de la acción de formación.....	121
Apêndice VIII – Artigo: O autocuidado do doente cardíaco com hipertensão arterial.....	124

ANEXOS

Anexo I – Escala original “Self-Care of Hypertension Inventory”	140
Anexo II – Autorização para o uso da escala do autocuidado da hipertensão traduzida.....	143
Anexo III – Parecer da Comissão de Ética do HESE.....	145
Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética do IPP.....	147
Anexo V – Declaração de Consentimento Informado.....	149

Índice de gráficos

Gráfico nº1 – Distribuição da amostra por género.....	34
Gráfico nº2 – Distribuição da amostra por grupo etário.....	34
Gráfico nº3 – Distribuição da amostra por estado civil.....	35
Gráfico nº4 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade.....	35
Gráfico nº5 – Distribuição da amostra por atividade profissional.....	36

Índice de tabelas

Tabela nº1 – Média de idades.....	34
Tabela nº2 – Pergunta nº1 da dimensão manutenção do autocuidado.....	39
Tabela nº3 – Pergunta nº2 da dimensão manutenção do autocuidado.....	40
Tabela nº4 – Pergunta nº3 da dimensão manutenção do autocuidado.....	40
Tabela nº5 – Pergunta nº4 da dimensão manutenção do autocuidado.....	41
Tabela nº6 – Pergunta nº5 da dimensão manutenção do autocuidado.....	41
Tabela nº7 – Pergunta nº6 da dimensão manutenção do autocuidado.....	42
Tabela nº8 – Pergunta nº7 da dimensão manutenção do autocuidado.....	42
Tabela nº9 – Pergunta nº8 da dimensão manutenção do autocuidado.....	43
Tabela nº10 – Pergunta nº9 da dimensão manutenção do autocuidado.....	43
Tabela nº11 – Pergunta nº10 da dimensão manutenção do autocuidado.....	44
Tabela nº12 – Pergunta nº11 da dimensão manutenção do autocuidado.....	44
Tabela nº13 – Pergunta nº12 da dimensão gestão do autocuidado.....	45
Tabela nº14 – Pergunta nº13 da dimensão gestão do autocuidado.....	46
Tabela nº15 – Pergunta nº14 da dimensão gestão do autocuidado.....	46
Tabela nº16 – Pergunta nº15 da dimensão gestão do autocuidado.....	47
Tabela nº17 – Pergunta nº16 da dimensão gestão do autocuidado.....	47
Tabela nº18 – Pergunta nº17 da dimensão gestão do autocuidado.....	48
Tabela nº19 – Pergunta nº18 da dimensão confiança no autocuidado.....	48

Tabela nº20 – Pergunta nº19 da dimensão confiança no autocuidado.....	49
Tabela nº21 – Pergunta nº20 da dimensão confiança no autocuidado.....	49
Tabela nº22 – Pergunta nº21 da dimensão confiança no autocuidado.....	49
Tabela nº23 – Pergunta nº22 da dimensão confiança no autocuidado	50
Tabela nº24 – Pergunta nº23 da dimensão confiança no autocuidado	50
Tabela nº25 – Prevalência de controlo de peso por faixa etária.....	51
Tabela nº26 – Prevalência da prática de exercício físico por faixa etária.....	51
Tabela nº27 – Prevalência da rapidez com que reconheceu que a TA estava elevada por faixa etária...	52

INTRODUÇÃO

No contexto do 3º Mestrado em Associação, realizado na Escola Superior de Saúde de Portalegre, surge o presente relatório de estágio, direcionado para a aquisição de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre (IPP). Este documento visa analisar de forma refletida a trajetória feita durante o estágio final que decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos e na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção, no Hospital do Espírito Santo em Évora, e no serviço de Urgência do Hospital Universitário da Extremadura Espanhola.

Para detalhar e refletir as atividades incrementas no decorrer do estágio, é realizado este relatório, que decorreu sob a orientação da Professora Doutora Maria do Céu Marques, de forma a relatar a aquisição das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), através do domínio especializado e do conhecimento aprofundado desta área na perspetiva do doente crítico rumo à excelência dos cuidados, pretende demonstrar julgamento clínico e tomada de decisão, alcançando a aquisição de competências que integram o enfermeiro especialista em EMC-PSC em mestre em Enfermagem, inicialmente previstas no projeto de estágio elaborado nas primeiras semanas da prática supervisionada, em consonância com o Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de março, alterado pelo decreto-lei nº65/2018 de 16 de agosto, e com referência às competências decretadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o enfermeiro especialista (Regulamento nº 429/2018 e Regulamento nº 140/2019).

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, título atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (OE) define que “especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p. 4744).

Relativamente à área específica da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), está descrito no regulamento nº 429/2018, que, “entende-se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362).

Considerou-se pertinente a realização do estágio no serviço de Cardiologia, mais propriamente na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) e na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI), de maneira a garantir a obtenção e desenvolvimento de competências

específicas ao doente crítico, mais especificamente ao doente crítico cardíaco. A grande meta é assegurar a segurança da qualidade dos cuidados prestados ao doente, e ser uma melhor profissional.

Com o decorrer do estágio, fomos informados, que se pretendia implementar uma consulta de enfermagem, então surgiu a estratégia de intervenção *major*, com a hipótese de se poder aplicar uma escala do autocuidado aos doentes cardíacos com Hipertensão Arterial (HTA) na consulta de Cardiologia, que depois de devidamente traduzida e adaptada à língua portuguesa, poderá ser usada nesse contexto. Foi esta a problemática que deu nome ao tema do relatório: **O Autocuidado do Doente Cardíaco com Hipertensão Arterial**. O autocuidado é definido por Orem (1985) como a prática de atividades que o indivíduo desempenha, a favor de si próprio, na manutenção da vida, saúde e bem-estar, de acordo com os valores e crenças do próprio.

Dada a importância deste instrumento, e a indisponibilidade de qualquer instrumento similar em português, realizou-se a adaptação linguística da “Self-Care of Hypertension Inventory” de Victoria Vaughan Dickson, para a população portuguesa.

A relevância deste estudo reside na provisão de informações importantes sobre comportamentos relacionados à saúde dos hipertensos. A compreensão destes comportamentos pode orientar o atendimento pelos profissionais de saúde numa consulta de enfermagem.

Nesta trajetória, foi fundamental reportarmo-nos às teorias de enfermagem, pelo que as considerações feitas neste relatório serão associadas à teoria do autocuidado de Dorothea Orem (1971), nos princípios éticos e deontológicos do exercício profissional. Teve-se, também em mente, a referência de Patricia Benner (2001), no desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC.

Portanto, foram traçados os seguintes objetivos para o relatório de estágio:

- Descrever os diferentes contextos de estágio, estágio 1 e estágio final;
- Descrever de forma refletida a intervenção *major* realizada;
- Descrever de forma refletida a trajetória formativa com vista à aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e de mestre em enfermagem.

De forma a dar resposta a estes objetivos, este relatório está estruturado da seguinte forma: A apreciação dos contextos clínicos, onde se faz o enquadramento onde se realizou o estágio final, e foram desenvolvidas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e as de mestre em enfermagem.

Segue-se uma reflexão sobre as intervenções realizadas que tiveram como base o projeto de estágio. Seguidamente descreve-se a atividade *major* executada, assim como os seus resultados e a sua implicação na prática. Posteriormente, uma breve reflexão a respeito das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e de mestre em enfermagem.

A parte final deste relatório é destinada à conclusão, onde é sintetizado o trabalho, a metodologia utilizada, as principais conclusões, a avaliação dos resultados alcançados. Será aqui também exposta as limitações do estudo e possíveis sugestões para o melhoramento do trabalho. De forma a valorizar o relatório as referências bibliográficas são divulgadas no último capítulo, e na sequência os apêndices e anexos.

Este relatório é norteado pelo novo acordo ortográfico e foi cumprido utilizando como norma de referência a APA - American Psychological Association (6ª edição).

1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

Realizados em ambiente supervisionado, este capítulo é destinado à caracterização dos contextos clínicos, onde se desenvolveram as competências de enfermeiro especialista, em EMC-PSC, e de mestre em enfermagem.

Desta forma, o local de estágio deve ser um local de aprendizagem, favorável à aquisição de competências especializadas, levando à excelência das práticas.

Na arte da enfermagem, o ensino clínico é essencial para “garantir e estabelecer padrões de qualidade de cuidados, uma forma alternativa de abordar os métodos de trabalho e também uma nova forma de realizar a formação e desenvolvimento pessoal e profissional através do projecto pessoal em contexto de trabalho” (Soares, 2019, p. 11).

Para a realização dos estágios, foram escolhidos, o Serviço de Urgência (SU), do Hospital Universitário de Badajoz (HUB), a Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) e a Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI) do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE, EPE). Locais onde podemos mobilizar os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares anteriores e, desenvolver e prestar cuidados a pessoas a vivenciarem situações de urgência/emergência e/ou agudização de situações de doença crítica e/ou falência orgânica (Regulamento nº429/2018).

1.1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BADAJOZ

O conhecimento de outras experiências profissionais e também culturais, no âmbito do cuidar da Pessoa em Situação Crítica (PSC) em meio hospitalar, em busca de um maior enriquecimento profissional e novas aprendizagens, passou pela decisão de realizar o Estágio I no Hospital Universitário de Badajoz, no Serviço de Urgência (SU).

O HUB está inserido no Servicio Extremeño de Salud (SES) onde desenvolve a sua atividade tendo como objetivo prestar assistência com a máxima garantia científica e técnica, diminuir os riscos e aumentar a segurança dos doentes e trabalhadores, e a uniformização dos cuidados (SES, 2014).

A Lei 10/2001, de 28 de junho, consagra *el Plan de Salud de Extremadura 2013-2020* como um instrumento estratégico de planificação e coordenação de assistência à população inserida no SES,

tendo como finalidade garantir a equidade no *Sistema Nacional de Salud* (Gobierno de Extremadura, 2013).

Como valores, apresentam os seguintes princípios, que fazem parte do Plano Estratégico 2014-2018:

- **Profissionalismo:** Desenvolvimento do trabalho, de forma a aumentar conhecimentos e o orgulho pela profissão que se desempenha;
- **Orientação de Resultados:** Procurar o melhor para o paciente através do uso eficiente de recursos;
- **Atitude Inovadora:** Gerar ideias e adaptação a novas circunstâncias, através do trabalho em equipa;
- **Compromisso:** Assumir as competências individuais e os objetivos estabelecidos propostos pela organização de saúde;
- **Orientação do cliente:** Trato personalizado ao paciente através do respeito, empatia, educação e adaptar às características pessoais de cada um, sem esquecer a segurança do mesmo (SES, 2014).

Este é o hospital de referência da Comunidade Autónoma da Extremadura e, por conseguinte, a área de saúde de maior atendimento. Existe ainda um acordo de cooperação da Extremadura e o Alentejo de forma a atender a população portuguesa, onde se desenvolvem programas para promover a saúde e prevenir a doença.

A região de saúde de Badajoz serve perto de 271.885 habitantes, atendendo aproximadamente uma média diária de 171.82 pessoas (SES, 2018).

1.1.1. Serviço de Urgência

O SU localiza-se no piso 0 e atende doentes do foro médico e cirúrgico, tendo como objetivo estabilizar o mais rapidamente possível o doente crítico tomando decisões num espaço reduzido de tempo.

O atendimento urgente é um sistema de colaboração entre diferentes profissionais que trabalham sob pressão e o resultado não só depende dos conhecimentos desses profissionais, mas também da rapidez da resposta, num cenário de recursos limitados (SES, 2017).

O SU é formado por uma sala de triagem, 1 sala de doentes críticos, 3 consultas de urgência geral, 1 consulta de especialidade, 1 consulta de psiquiatria, 1 sala de tratamento com 11 cadeirões, sala de observação (SO)1, com 25 camas, SO 2, com 14 camas, existe ainda uma SO 3, com 14 camas, que está encerrada, que é reaberta sempre que há necessidade por parte do serviço.

O SU ainda não dispunha de triagem de Manchester, pelo que os utentes são chamados por ordem de chegada, e avaliados pelo médico da triagem, que os encaminha para as consultas de avaliação segundo a gravidade ou não da situação.

Após a avaliação pela triagem, os doentes já são chamados para as consultas de acordo com o grau de gravidade e devidamente avaliados recebem os primeiros cuidados. Com a estabilização do doente este poderá ir recuperar para o seu domicílio, se for uma situação que requeira maiores cuidados e vigilância é transferido para o SO.

Na parte do trauma, há 1 sala de consulta, 1 sala de gessos e 1 sala de emergência traumática. Que funciona similarmente à urgência geral, no atendimento aos doentes.

A equipa da Urgência do HUB é composta por:

- **Enfermeiros:** Um enfermeiro supervisor, uma enfermeira encarregada, e trinta e sete enfermeiros de cuidados gerais, sendo a grande maioria peritos, uma vez que não existe formação da especialidade na área de enfermagem médico-cirúrgica;
- **Médicos:** Dezassete médicos residentes;
- **Técnicos Auxiliares de Enfermagem:** Vinte e três elementos;
- **Assistentes técnicos:** Dois elementos;
- **Internos de Medicina:** O SU está sediado no HUB, onde são realizados Internatos em Medicina. O número de elementos é variável consoante a disponibilidade dos médicos residentes.

A triagem, conta com um médico que é em regra o chefe de serviço, um enfermeiro e uma auxiliar, que dão apoio também à sala de doentes críticos.

Em cada consulta está um médico e/ou um médico de internato, e dois enfermeiros escalados para dar apoio às 5 salas de consulta, assim como à sala de tratamento, onde os pacientes estabilizam e recebem medicação. Se o doente carece de maior vigilância passa diretamente para as salas de observação. Na SO 1 estão doentes críticos que precisam de vigilância contínua, e conta com a presença de 2 enfermeiros, o número de médicos é variável. A SO 2, recebe doentes já estabilizados, mas que necessitam de internamento, local onde ficam a aguardar vaga, estão 2 enfermeiros nos turnos da manhã e tarde, à noite fica apenas 1 enfermeiro, nesta sala não estão médicos de presença física, são chamados sempre que assim se justifique.

Na sala do Trauma estão escalados para cada turno 2 ou 3 médicos, 1 para a triagem e os outros para as consultas, 1 enfermeiro e 1 auxiliar de enfermagem.

O SU relaciona-se ainda com colaboradores externos, afetos a outros serviços, para diagnóstico e terapêutica.

O Ensino Superior Espanhol é atualmente composto por três títulos: Graduação, Mestrado e Doutoramento. A regulamentação deste sistema está encarregue de oferecer formação que proveja capacidades imprescindíveis ao desenvolvimento e obtenção de competências exigidas pelo mercado de trabalho. Neste enquadramento, a graduação em enfermagem apresenta como finalidade a formação de enfermeiros generalistas, preparados cientificamente, e humanamente e capacitados para a avaliação, identificação e implementação das necessidades de saúde na comunidade (García, Gomes & Antón, 2011).

1.2. HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

O hospital público, HESE, está inserido no Sistema Nacional de Saúde (SNS), sendo a unidade hospitalar de referência da região Alentejana, abrangendo um total de 473.235 habitantes entre o distrito de Évora, totalizando 14 concelhos, mas também 15 concelhos de Portalegre, 13 do Baixo Alentejo e 5 do Alentejo Litoral. Gere a sua atividade para a prestar cuidados de saúde de excelência, apresentando como¹:

- **Valores:** Respeitar a dignidade e os direitos dos cidadãos; a excelência técnica; cultura da gestão; respeitar as normas ambientais; promover a qualidade; a ética, integridade e clareza; motivação; e o trabalho de equipa)²;
- **Missão:** Prestar cuidados de saúde diferenciados, adaptados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, humanizar e promover a evolução profissional dos trabalhadores)³;
- **Objetivos:** Cooperar para a aquisição dos ganhos em saúde, articulando com as unidades de saúde familiares, serviços sociais e privados; Assegurar cuidados humanizados e os direitos dos utentes; Garantir o acesso de todos a cuidados médicos; Melhorar a eficácia técnica e a economia; Garantir cuidados de qualidade e melhorar a estrutura dos serviços; Valorizar o capital humano; Otimizar a utilização das tecnologias da informação e comunicação (HESE, EPE – página oficial)⁴.

O HESE, EPE é composto pelo edifício do Espírito Santo, pelo edifício do Patrocínio e ainda por um edifício que pertence à Santa Casa da Misericórdia, funcionando em cada um diferentes especialidades.

¹ <http://www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/>

² www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/

³ www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/

⁴ www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/

A atuação do hospital realiza-se no âmbito do Internamento, Consultas Externas, Urgência, Hospital de dia (Pediatria e Oncologia), Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. Em consonância com a Rede de Referência Hospitalar do SNS, presta cuidados de saúde diferenciados abrangendo a região do Alentejo, nas seguintes valências: Cardiologia, Pneumologia, Neonatologia, Imunoalergologia, Pedopsiquiatria, Hematologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vascular, Imunohemoterapia, Anatomia Patológica, Nefrologia, Gastroenterologia, Patologia Clínica, Oncologia, Radioterapia, Hemodinâmica (Gabinete de Comunicação e Marketing do HESE, EPE)⁵.

1.2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

O serviço de Cardiologia localiza-se no piso 5 do HESE, e desenvolve a sua atividade tendo o objetivo de prestar assistência com a máxima garantia científica e técnica, diminuir os riscos e aumentar a segurança dos doentes e trabalhadores, e a uniformização dos cuidados. A missão do serviço passa não só pela assistência ao doente, mas igualmente pela formação, investigação e de intervenção na comunidade (HESE, EPE – página oficial)⁶.

O Serviço de Cardiologia dispõe do espaço de internamento, é o único da região que tem UCIC, Técnicas Complementares de Cardiologia, Unidade de Hemodinâmica, Consultas Externas e garante a Urgência Cardíaca todos os dias da semana. Este é o serviço de referência do Alentejo, que se articula com os restantes serviços e unidades do hospital, assim como, com outros Hospitais da Região do Alentejo.

A nível dos recursos humanos, conta com 11 médicos cardiologistas e 4 internistas da especialidade. A equipa de enfermagem é formada por 29 enfermeiros no serviço de internamento, 12 deles acumulam funções também na UCIC, 4 na unidade de hemodinâmica e 12 assistentes operacionais.

A UCIC inaugurada em 2007, é composta por 6 unidades, e por todo o equipamento diferenciado que constitui uma unidade desta natureza, tem também 2 ventiladores e equipamento para ventilação não invasiva. Tem possibilidade de monitorização de pressão arterial invasiva, ligada a uma telemetria central, podendo ser visualizado no monitor do computador, não só a monitorização contínua e em tempo real dos 6 doentes da UCIC, mas permitem também ver a monitorização de 10 doentes do serviço de internamento.

A mesa de monitorização permanente dos doentes está localizada estrategicamente no centro,

⁵ <https://pt.linkedin.com/in/gcm-hese>

⁶ www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/

de forma a ter uma visão privilegiada e completa dos 6 doentes que ocupam as 6 unidades que estão organizadas em sistema aberto. A unidade recebe doentes críticos do foro cardíaco e dá apoio à UADCI na recuperação doentes.

Esta unidade conta com a presença constante de 2 enfermeiros por turno, com método de trabalho de enfermeiro responsável, tendo sempre o apoio do médico Cardiologista, que apesar de não se encontrarem em presença física, dirigem-se de forma regular à unidade para observação dos doentes.

É fundamental que os serviços disponham de recursos de enfermagem em conformidade com uma prática de qualidade de modo a assegurar a segurança e a satisfação dos utentes, sendo que os responsáveis pela dotação de recursos humanos devem ter em conta a importância de dotar tanto quantitativa como qualitativamente os serviços, de modo a garantir a segurança nos cuidados prestados.

A OE (Ordem dos Enfermeiros, 2006,), em Portugal e a International Council of Nurses (ICN, 2006), definem dotações seguras em enfermagem como a disponibilidade em todas as ocasiões em quantidade apropriada de trabalhadores, com níveis de competência adequados de modo a garantir que as necessidades de cuidados dos doentes são satisfeitas, mantendo as condições de trabalho seguras e sem riscos.

Segundo o Regulamento n.º 743/2019 a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, de acordo com a classificação aplicada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, sugere os rácios enfermeiro/utente, sejam aplicados de acordo com a tipologia da UCI e da sua necessidade clínica, é recomendado que a constituição das equipas das UCI seja de 50 % de enfermeiros especialistas em EMC, preferivelmente no âmbito da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo igualmente ser assegurada na constituição de cada turno.

A alocação dos enfermeiros na UCIC, apresenta maioritariamente a preocupação de haver pelo menos um enfermeiro especialista em EMC por turno, sendo estes os responsáveis de turno na unidade.

Este estágio possibilitou desenvolver competências, especialmente no cuidar ao doente crítico cardíaco, com doentes com monitorização contínua invasiva e interpretação de traçados eletrocardiográficos e, doentes com ventilação não invasiva/invasiva.

1.2.2 Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção

Teve igualmente oportunidade de realizar parte do estágio na UADCI, também designada unidade

de hemodinâmica. Inaugurada no dia 19 de junho de 2009, que só passou a funcionar em regime de prevenção contínua a partir de dezembro de 2012, ficando o Alentejo detentor do primeiro serviço de apoio contínuo ao doente crítico com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)⁷.

Situada no piso 0 do HESE, EPE, apresenta o compromisso de tratar os doentes com patologia cardíaca, possibilitando a execução de cateterismos, inserção/revisão de pacemakers e dispositivos cardíacos, angioplastias primárias em casos urgentes, que posteriormente ficam pelo menos 24h internados na UCIC. A celeridade da execução de alguns destes procedimentos, tem influência na sobrevivência a curto e a longo prazo.

O funcionamento da UADCI, é de segunda a sexta-feira, das 8h às 21h. Durante a semana têm dias estipulados para as diferentes atividades, nomeadamente: a unidade de pacemaker funciona ao longo de todo o dia nas segundas-feiras e nas quintas-feiras no período da tarde, a hemodinâmica realiza os cateterismos, ao longo de todo o dia nas terças e sextas-feiras e nas quartas-feiras no período da manhã, a nefrologia funciona nas quartas-feiras à tarde e por último a vascular na quinta-feira de manhã. Após as 21h fica uma equipa de prevenção para casos de urgência/emergência, constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de cardiopneumologia e técnicos de radiologia. A Unidade de Hemodinâmica responde às necessidades da população de todo o Alentejo. Foi possível prestar cuidar de doentes a partir da admissão até à alta da unidade: na admissão, durante o tratamento, na unidade de recobro e na transferência para o serviço de Cardiologia/UCIC ou para o domicílio.

⁷<http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/Unidade-de-Angiografia-Digital-e-Cardiologia-de-Intervenção-do-HESE-promove-o-único-curso-de-OCT-OFDI-do-país.aspx?PageID=940>

2. ANÁLISE DOS OBJETIVOS DO PROJETO DE ESTÁGIO

O projeto de estágio (Apêndice I) consiste em delinear a planificação de um caminho a percorrer num campo de estágio que foi escolhido por nós, na realização de um projeto têm de ser traçados objetivos de forma a ser atingidos.

Podemos considerar que o projeto é centrado numa investigação baseada na realidade do problema reconhecido e na realização de estratégias e ações eficientes para o resolver (Ruivo, Nunes, & Ferrito, 2010).

Os objetivos direcionam-nos para os resultados que ambicionamos alcançar, estes podem ser de diferentes graus, partindo do geral para os mais específicos (Ruivo et al., 2010).

Como objetivo geral deste projeto destacou a aquisição de competências específicas no cuidar à Pessoa em Situação Crítica no âmbito da especialidade Médico-Cirúrgica. Este objetivo, delineou estratégias de ação que serão explanadas no ponto 4 deste relatório.

Como objetivos específicos propostos, o primeiro é referente à escolha dos locais de estágio. Deste modo, escolheu o SU, a UCIC e a UADCI para a realização dos estágios.

A escolha do SU do Hospital Universitário de Badajoz, primeiramente foi pela proximidade do local de habitação, e pelo fato de ser um serviço onde nunca se teve oportunidade de trabalhar. Sendo o hospital de referência da Extremadura, recebe utentes em situação crítica de forma regular, apesar das políticas de saúde serem distintas, aproximam-se em muitos pontos, sendo um acréscimo no desenvolvimento das competências ambicionadas.

A escolha da UCIC e a UADCI, vem ao encontro da necessidade de adquirir novas aprendizagens e competências intrínsecas ao Enfermeiro Especialista, uma vez que também nunca exerceu funções neste serviço de grande complexidade. O estágio nestas duas unidades foi inicialmente dividido em partes iguais, mas com o decorrer do tempo e a incompatibilidade de horários com a enfermeira orientadora da UCIC, acabou por fazer mais turnos na UADCI.

Com o término dos estágios, considera que os locais escolhidos para a prática supervisionada foi apropriada e possibilitou a aquisição das competências a que se propôs.

Na UCIC e na UADCI, a supervisão clínica foi assegurada por enfermeiras especialistas em EMC. No entanto, no SU, foi feito por uma enfermeira perita, uma vez que no país vizinho não existe o enfermeiro especialista em EMC. Segundo Benner (2001) a enfermeira “perita, que tem uma enorme

experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos” (p.58).

O objetivo, relacionado com a apreciação dos contextos clínicos, foi descrito no capítulo anterior. O capítulo seguinte está relacionado com o objetivo: Descrever de forma refletida a intervenção *major* realizada.

3. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO MAJOR

As estratégias são os recursos delineados no planeamento e que têm como objetivo utilizar os meios existentes eficazmente, e são essenciais para a realização de todo o projeto (Fortin, 1999).

3.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O diagnóstico da HTA no doente, é definido pela elevação constante da Pressão Arterial Sistólica (PAS) superior ou igual a 140 mmHg e/ou da Pressão Arterial Diastólica (PAD) superior ou igual a 90 mmHg, avaliado em diversas e distintas ocasiões (DGS, 2013a). A HTA está inserida no grupo das doenças cardiovasculares, e é um dos motivos predominantes de mortalidade em Portugal e no mundo (Sociedade Portuguesa de Hipertensão - SPH, 2018). Portugal reflete em 32% do total dos óbitos. Em pleno século XXI, a HTA continua a ser o fator de risco com mais incidência em Portugal e no mundo, mesmo sendo de diagnóstico fácil. Sendo uma doença crónica, requer terapêutica e seguimento contínuo, posto que a suspensão da medicação poderá estar associada a um agravamento do estado clínico, apesar de que, na grande maioria dos casos, seja fácil de controlar (DGS, 2013a).

Em 2015, aproximadamente 1.13 bilhões de pessoas no mundo, tinha o diagnóstico de HTA. Portugal tinha uma prevalência estimada de 35% (SPH, 2108). A predominância de HTA nos portugueses adultos permaneceu estável no último decénio. Entretanto, o aumento de consciência, a terapêutica e o controlo da hipertensão melhoraram expressivamente (Mills *et al.*, 2018). Esta melhoria considerável, está, muito provavelmente, relacionada com o aumento do uso de terapêutica anti hipertensora mais eficaz e melhor tolerada (SPH, 2018).

Em 2015, foi realizado um estudo sobre a incidência da HTA em Portugal (Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico - INSEF 2015), verificando-se que, no Alentejo (37,9%) e no Norte (37,4%), existia uma maior prevalência de HTA, e menor na região do Algarve (32,6%). Este estudo mostra ainda que, 36% dos habitantes com entre os 25 e os 74 anos, residentes em Portugal, tinham HTA (Rodrigues *et al.*, 2017). A HTA raramente se encontra isolada, muitas vezes é associada a outros fatores que contribuem para aumentar o risco cardiovascular (Moreira *et al.*, 2019).

Em concordância com o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), os problemas que advêm da HTA atingem 9,4 milhões dos 17 milhões anuais de pessoas mortas por doenças

cardiovasculares. O relatório diz ainda que a HTA é responsável aproximadamente por 45% dos óbitos devido a doenças do for cardíaco, e 51% dos óbitos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) (WHO, 2013).

Dos dados recolhidos desde 2010, foi em 2016 o ano que se registou o maior número de venda de medicamentos anti hipertensores no SNS, atingindo quase 30 milhões de embalagens vendidas (DGS, 2017). Os resultados do INSEF 2015, mostram um progresso positivo, quer na prevalência, quer no controlo da HTA nos portugueses (Rodrigues *et al*, 2017).

No entanto, em consonância com a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH, 2020), . É uma condição crónica, e o risco de progressão para doenças cardíacas é o principal fator de risco, particularmente o EAM e o AVC, que a nível global são os eventos que mais mortes e invalidez originam. É imperial alertar a população para os perigos da HTA e a necessidade de adotar medidas preventivas, o que levou a OMS em 2013 a declarar o dia 17 de maio como o Dia Mundial da Hipertensão⁸. A frequência da HTA em medidas epidemiológicas é importante de modo a planear e avaliar os cuidados necessários à população (Uva *et al.*, 2014).

Num estudo português de 2014, intitulado PHISA – Portuguese Hypertension and Salt Study, desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH), depararam-se com um predomínio de HTA de 42,2% nos portugueses adultos (44,4% nos homens, 40,2% nas mulheres). Estes resultados, mostram que a HTA é um fardo global, constituindo uma grande preocupação de saúde (Polónia *et al.*, 2014).

O Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2016, refere que 25,3% da população portuguesa (2,2 milhões de pessoas) têm hipertensão, o que revela uma deterioração em relação a 2005/2006 (23,4%), porém este valor é bastante inferior ao mostrado no estudo PHISA, que situa nos 42,2% (Moreira *et al.*, 2019).

A predominância da HTA tem tendência a crescer à medida que se envelhece, e consequentemente as suas complicações (Madeira, 2015). Tornando-se gradualmente comum com o adiantar da idade, com incidência de > 60% em pessoas com idade > 60 anos. Calcula-se que o número de pessoas com HTA aumentará 15-20% até 2025 (SPH, 2020).

O tratamento do doente hipertenso é fulcral, de forma a obter um decréscimo da morbilidade e mortalidade cardiovascular a longo prazo. Diminuir os valores da PA e os fatores de risco que podem ser modificados, é concretizada através de ações farmacológicas e não farmacológicas (Polónia *et al.*, 2006).

Neste sentido, deve ser implementada intervenções sobre a mudança dos estilos de vida dos hipertensos, e o uso da medicação de forma criteriosa (Pereira, 2010).

⁸ <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/05/17/dia-mundial-da-hipertensao-2/>

A mudança do estilo de vida é para Polónia (2006) e para a SPH (2014), a primeira intervenção a adotar nas medidas não farmacológicas de todos os hipertensos. Ao reduzir a Pressão Arterial (PA), reduz-se consequentemente o risco cardiovascular.

As modificações dos hábitos de vida da pessoa hipertensa carecem ser metodicamente introduzidas no tratamento, atitudes como a adesão a uma dieta variada, equilibrada nutricionalmente, abundante em frutas e legumes, reduzir a quantidade de gorduras; realizar exercício físico regularmente; manter e controlar o peso, ou seja, índice massa corporal igual ou superior a 18,5 e inferior a 25, e perímetro abdominal inferior a 94cm, no homem, e inferior a 80 cm, na mulher; reduzir os hábitos alcoólicos; a diminuição do teor salino nos alimentos (inferior a 5,8 g/dia); e evitar os hábitos tabágicos (DGS, 2017). Estas medidas melhoram a qualidade de vida e, consequentemente a reduzir os fatores de risco cardiovascular (SPH, 2020).

O objetivo das medidas farmacológicas é, a curto prazo, controlar e diminuir a tensão arterial para valores tensionais menores a 140/90 mmHg, no caso de serem bem tolerados pela pessoa, e, a médio prazo, evitar que a doença progrida reduzindo o impacto nos órgãos-alvo e, a longo prazo, diminuir a mortalidade e morbilidade relacionada à HTA (DGS, 2013b).

Um dos fatores que mais influenciam no descontrolo da PA é a não adesão à terapêutica medicamentosa. A falta de seguimento do regime terapêutico, é considerado um dos maiores dilemas no tratamento da HTA, mas a desinformação acerca da doença é igualmente preocupante (Costa *et al.*, 2014).

Apesar da existência de planos para a educação em saúde na área da mudança do estilo de vida, e a variada quantidade de fármacos disponíveis, controlar os hipertensos está longe de ser o ideal, o que nos leva a refletir que alguma coisa falha nas estratégias de tratamento da HTA (Perdigão, 2009).

Neste sentido, Amorim, Caldas & Roca (2019) defendem que gerir esta doença é de grande responsabilidade de todos, tendo os enfermeiros a função fundamental de melhorar os conhecimentos dos utentes sobre a sua HTA, complicações e tratamentos a adotar.

3.1.1. Educação em Saúde para o Autocuidado

As pessoas com doenças crónicas, que convivem diariamente com a doença, nomeadamente a HTA, é fulcral que estejam bem informadas sobre a sua condição, de forma a melhor lidar com ela. Por isso precisam de conhecer a doença, reconhecer os sinais de alerta, e as possíveis complicações (SPH, 2014).

A educação para a saúde é definida pela OMS, no glossário da promoção da saúde, como todas as oportunidades de aprendizagem conscientemente construídas, envolvendo alguma forma de

comunicação projetada para aperfeiçoar a alfabetização em saúde, melhorando o conhecimento e o aumento de aptidões para a vida que conduzem à saúde individual e comunitária (OMS, 1998).

A literacia em saúde é considerada como as “competências e os conhecimentos dos indivíduos necessários para acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem informação sobre saúde, que lhes permita tomar decisões sobre cuidados de saúde, prevenção da doença e modos de promoção de uma vida saudável” (Espanha, Ávila & Mendes, 2016, p.5).

O grande investimento na atuação preventiva, por intermédio de um desempenho integrado, quer na educação em saúde como na educação terapêutica, sendo procedimentos que contribuem para que a população seja independente na gestão da sua saúde de forma informada e ser capaz de orientar a sua doença de forma autónoma (Ministério da Saúde, 2018).

O cuidado à pessoa hipertensa e o autocuidado depende, entre outros fatores, da noção que a pessoa tem da sua doença. O autocuidado é definido por Dorothea Orem (1985) na sua Teoria do Autocuidado, como a prática de atividades que o indivíduo desempenha, a favor de si próprios, na preservação da vida, da saúde e do bem-estar, em concordância com os valores e crenças do próprio. Orem diz que todos os indivíduos estão aptos a serem os próprios cuidadores da sua saúde, e do que é necessário para manter a sua qualidade de vida. Quando uma pessoa não demonstra capacidades para se cuidar, os enfermeiros, devem intervir, levando em conta a capacidade que as pessoas têm para desenvolver práticas de autocuidado, de forma a sustentar a vida e a saúde (Queirós *et al.*, 2014).

O autocuidado deve ser um aliado na HTA, e um fator preventivo das complicações, e na redução das taxas de internamento (Han, Lee, Commodore-Mensah & Kim, 2014).

Riegel, Dickson & Faulkner (2016), referem que o autocuidado é a decisão natural de manter comportamentos e atitudes proativas, monitorização de sinais e sintomas, o envolvimento no tratamento para tratar esses sinais e sintomas. Esta definição foi inicialmente desenvolvida para a insuficiência cardíaca, no entanto, pesquisas demonstram a pertinência clínica de expandir o conceito para outras doenças crónicas, com base no autocuidado (Riegel, Jaarsma, Strömberg, 2012).

O processo de enfermagem, sugerido por Orem, consiste na procura das lacunas do autocuidado, bem como o papel que a enfermagem, ou cuidador irá desempenhar para suprir as necessidades para a satisfação do autocuidado (Petronilho, 2012).

A mesma autora realça a importância para a educação em saúde para o autocuidado, considerando-o um método dinâmico que está dependente do empenho e da noção que a pessoa tem acerca da sua doença.

Em concordância com a análise do Global Burden of Diseases, o fator de risco que contribui maioritariamente para a privação da vida saudável são os hábitos alimentares impróprios da população

portuguesa, e o uso excessivo de sal emerge como sendo o que maioritariamente contribui para a privação de anos de vida saudável (DGS, 2017b).

Na área da alimentação e da nutrição, temos o plano de ação de 2015-2020 da OMS, sugerindo que as intervenções para reduzir a ingestão de sal é uma das principais estratégias (Best Buy - Estratégias com baixo custo e elevada eficácia) para prevenir as doenças crónicas da população na Europa (DGS, 2017b).

Compete, desta maneira, aos serviços de saúde, esclarecê-los do modo como pode qualquer indivíduo fazer escolhas, adaptações e assumir, as alternativas mais saudáveis e necessárias que se podem incluir no seu próprio estilo de vida (DGS, 2017).

As doenças crónicas, como a HTA, relacionam-se amplamente ao estilo de vida, às crenças e aos comportamentos, representando um grande desafio para os doentes e enfermeiros, que os deverão estimular para o autocuidado, fundamentais para a prevenção de complicações (Fonseca, 2015).

O incentivo para o autocuidado deverá partir da motivação para mudar o estilo de vida, procurando melhorar a qualidade de vida, conferindo-lhe autonomia para que seja capaz de seguir o regime terapêutico e autogerir a sua vida, pois o tratamento deve envolver ativamente a participação dos hipertensos, de forma a alterar comportamentos que sejam nocivos à própria saúde e apreender outros que a beneficiem (Hernández *et al* 2017).

O propósito da enfermagem é o cuidar, portanto, a educação em saúde para o autocuidado desempenha um papel ímpar, em que é necessário compreender que a doença crónica, não se centra apenas nos sintomas físicos, e ser sensível às necessidades do doente para gerir os seus hábitos, a partir dos conhecimentos adquiridos e nos acordos firmados, consigo próprio e com os profissionais que o orientam nesta caminhada (Fava *et al.*, 2010).

Mesmo conhecendo a eficiência das diversas ações preventivas e de controlo que temos ao dispor, sejam farmacológicas ou não, a HTA permanecerá a ser uma das grandes preocupações na saúde da sociedade (Santos, 2011).

3.1.2. Avaliação do Nível de Conhecimentos sobre a Hipertensão Arterial em Doentes Cardíacos

A avaliação do nível de conhecimento dos doentes cardíacos sobre a HTA, é imperioso, pois a partir daí permite a compreensão e a colaboração mais ativa do doente, de forma a direcionar o seu rumo para promover a saúde e prevenir a doença (Prior, Baía, Martins, Lopes & Vieira, 2001).

Para um bom controlo da PA da maioria dos hipertensos, bem como a redução das complicações, é fulcral ajustar os procedimentos de educação em saúde, e de diálogo nas consultas de avaliação, de acordo com as verdadeiras necessidades da pessoa (Prior *et al.*, 2001).

O nível de conhecimento sobre a HTA, pode ser indicativo do empenho da pessoa, pode permitir redefinir as melhores intervenções para promover a saúde e prevenir a doença, de maneira a tornar as pessoas participantes ativos no autocuidado da sua HTA (Madeira, 2015).

A abordagem do tema, deve possibilitar aos hipertensos, a compreensão dos limites e contingências de cada um, particularmente no que concerne o educar em saúde as pessoas com doença crónica (Moura & Nogueira, 2013).

Erkoc, Isikli, Mentitas & Kalyoncu (2012), afirmam que no decorrer dos anos foram criados instrumentos que ajudam a determinar o nível de conhecimento sobre a HTA. No entanto estes são escassos, daí a necessidade de aplicar um instrumento válido e confiável para poder ser aplicado nos portugueses.

Também Dickson, Lee, Yehle, Abel & Riegel (2017) dizem que embora o papel do autocuidado na gestão da HTA esteja bem estabelecido e incorporado nas estratégias de educação em saúde, poucos são os instrumentos válidos e disponíveis para avaliar o autocuidado de pessoas hipertensas. E sendo as pessoas com doença crónica os seus próprios e principais cuidadores, agir, tornou-se a pedra angular da HTA, uma vez, que provou melhorar significativamente o comportamento e estado da saúde, reduzindo a utilização dos cuidados de saúde (Ding, Li, Su, Yuan & Lin., 2018)

Ao se determinar o nível de conhecimento que a pessoa tem sobre a HTA, pode permitir entender melhor o seu problema de saúde, e as mudanças benéficas que podem daí advir (Ding *et al.*, 2018), e que novos estudos sejam concebidos para a educação em saúde. Possibilita redefinir estratégias para a promover a saúde e prevenir a doença (Erkoc *et al.*, 2012).

Um grupo de pesquisadores norte americanos têm vindo a desenvolver escalas do autocuidado, estruturadas para pessoas com doenças crónicas. Estas escalas medem 3 dimensões do autocuidado: a monitorização, a manutenção, e a gestão. Recentemente, foi desenvolvida uma escala para mensuração do autocuidado para pessoas hipertensas, a “Self Care of Hypertension Inventory” (SC-HI) (Dickson *et al.*, 2017).

Dada a importância deste instrumento e a indisponibilidade de instrumentos similares em português, tornou-se um objetivo fazer a adaptação cultural do SC-HI para Portugal.

3.2. METODOLOGIA

É a metodologia que suporta o fenómeno identificado para a intervenção, e que é fundamentada na metodologia de projeto. Esta assenta na investigação para resolver problemas, permitindo adquirir competências, mediante a elaboração de um projeto baseado na realidade de uma situação. Logo, consiste numa junção da teoria e da prática, dado que é baseado no conhecimento teórico, a fim de posteriormente ser usado na prática (Ruivo, Nunes, & Ferrito, 2010).

Podemos considerar que a metodologia é “baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas” (Ruivo *et al.*, 2010, p.5).

A metodologia de projeto é uma atividade intencional, uma vez que o objetivo é identificado pelos autores, e que vai nortear as ações a desempenhar, refletindo o trabalho realizado e um resultado que irá ao encontro do objetivo inicialmente delineado. Este método permite aos autores entender com mais consideração a realidade da população acometida pela problemática em estudo, permitindo um bom planeamento e uma ação mais orientada. Confere ao projeto particularidades de investigação, produtoras de conhecimento para os participantes. É complexo e faseado, contemplando cinco fases: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e por último a divulgação dos resultados (Ruivo *et al.*, 2010).

3.2.1. Diagnóstico da situação

Uma vez definido o tema tornou-se essencial efetuar o diagnóstico da situação, que em concordância com Ruivo *et al.*, (2010), consiste na fase inicial da metodologia de projeto que se traduz na construção cognitiva de um mapa acerca da problemática encontrada, é um método dinâmico, em que o desenvolvimento da situação é contínuo, e constantemente atualizado.

Na etapa do diagnóstico da situação são determinados os problemas, estipulam-se prioridades, apontando os motivos prováveis. Sendo o diagnóstico da situação uma construção mais ampla do que identificar os problemas, este deve ser inserido na situação social, económica e cultural onde a problemática é inserida, da mesma maneira que as potenciais mudanças que podem ocorrer (Ruivo *et al.*, 2010).

É fundamental que o diagnóstico da situação seja elaborado rapidamente, de maneira a agir em tempo útil, para permitir a elaboração de estratégias apropriadas e exequíveis. É uma etapa que compreende a colheita de informações objetivas, definição de problemas de maneira quantitativa e

qualitativas, determinação de prioridades, reconhecendo causas possíveis e escolhendo os meios e grupos intervenientes (Ruivo *et al.*, 2010).

É nesta etapa que as dificuldades da população são analisadas, de forma a encontrar a resolução do problema detetado, para isso existem ao dispor do enfermeiro vários instrumentos de diagnóstico, nomeadamente as entrevistas, os questionários e os métodos de análise da situação (Ruivo *et al.*, 2010).

Foi realizada uma reunião com a presença da enfermeira orientadora do estágio e da enfermeira chefe do serviço de Cardiologia, para o levantamento das necessidades do serviço, onde informaram que se pretendia implementar uma consulta de enfermagem, então surgiu a hipótese de se poder aplicar uma escala do autocuidado aos doentes cardíacos com HTA na consulta de Cardiologia, que depois de devidamente traduzida, poderá ser usada nesse contexto, e surgiu o problema do “Autocuidado do Doente Cardíaco com Hipertensão Arterial”.

Para o projeto decidimos fazer a adaptação cultural para a língua portuguesa da escala do Autocuidado na Hipertensão arterial, “Self-Care of Hypertension Inventory” (Anexo I) de Victoria Vaughan Dickson⁹ (2016), e para a população portuguesa. Esta escala avalia 23 itens, na qual se pretende avaliar o conhecimento sobre a manutenção do autocuidado das pessoas com hipertensão arterial; identificar a capacidade na gestão do autocuidado das pessoas com hipertensão arterial; identificar a autonomia/confiança das pessoas com a monitorização da hipertensão arterial.

Para isso foi necessário pedir autorização à autora da escala para a sua tradução para a língua Portuguesa (Apêndice II). O processo de tradução foi efetuado em concordância com as orientações recomendadas pela autora, e foi composto por tradução para português por 2 tradutores independentes. Foram analisadas as duas traduções e sintetizadas para uma versão melhorada (Apêndice III). Esta versão foi então retraduzida para o inglês por um nativo, e avaliada pelos tradutores especialistas da autora, de forma a garantir que o conteúdo da escala é o mesmo da versão original. Sendo designada por Escala do Autocuidado da Hipertensão Arterial (EA-HA), disponível na página oficial da autora original¹⁰ e pronta a ser validada (Anexo II).

O autocuidado pode ser um método eficaz para a prevenção da hipertensão, mas até agora não existia nenhum instrumento especializado para avaliar a capacidade do autocuidado nos doentes hipertensos em Portugal.

Para dar seguimento à atividade de intervenção *major* foi indispensável requerer que fosse concedida autorização para a concretização do projeto de intervenção à Comissão de Ética do HESE e

⁹ <https://self-care-measures.com/project/patient-version-sc-hi-english/>

¹⁰ <https://self-care-measures.com/project/patient-version-sc-hi-portuguese/>

à Comissão de Ética do IPP, (Apêndice IV e V), tendo os consentimentos sido favoráveis (Anexo III e IV) para a implementação do estudo.

Para Fortin (1999), a ética, é no ponto de vista lato, a ciência da moral e a arte de orientar a atuação. Assim sendo, a ética é composta de consentimentos e de impedimentos com grande valor na vida das pessoas, onde se influenciam para orientar a sua atuação perante os outros.

A investigação utilizada em pessoas pode ser nociva ao direito e liberdade da pessoa. Foram definidos pelo código da ética cinco princípios elementares aplicados aos seres humanos: o direito ao conhecimento pleno; o direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade e, por fim o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo (Nunes, 2013).

“Os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações” (...) “o enfermeiro está obrigado a assegurar que os doentes recebem informação apropriada para consentirem no tratamento ou procedimentos, incluindo a participação em investigação” (Nunes, 2013, p.6).

Baseando-se na deontologia profissional (Lei n.º 156/2015), remetemo-nos ao artigo 99º, nº1, dos princípios gerais “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana”.

No princípio do dever de informação, “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Lei n.º 156/2015, artigo 105º, alínea b).

No artigo 106º, alínea d, do dever do sigilo, “Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação” (Lei n.º 156/2015).

Desta forma, tomou-se todas as medidas para proteger os participantes da investigação:

- Todos os dados recolhidos, foram guardados em computador pessoal, apenas a investigadora tem acesso, protegidos com palavra passe.

- Os questionários foram codificados de forma a que o utente não possa ser identificado.

- A cada participante foi apresentado o pedido e assinado o consentimento informado (Anexo V).

A aceitação de participação foi condição essencial à prossecução do projeto. O direito à recusa em participar foi assegurado.

- Para utilizar o instrumento de colheita de dados foi solicitada permissão à autora, e aplicadas todas as regras de tradução por ela exigidas. O consentimento foi positivo (Anexo II).

- Como referido anteriormente foi pedido parecer à Comissão de Ética do HESE, tendo sido autorizado.

Para tratar os dados estatísticos, valeu-se do software Statistical Package for Social Science - SPSS®, versão 24. Os dados obtidos são apresentados em gráficos e tabelas para melhor compreensão dos mesmos.

A população-alvo foram as pessoas com hipertensão que frequentavam a consulta de Cardiologia do HESE, EPE, a amostra deste estudo abrangeu 118 (n=118) com doença cardíaca e hipertensos.

Para Fortin (1999, p.373), uma população é o “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definidos, tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”, sendo a amostra o grupo de indivíduos escolhidos da população (Fortin; 1999).

Orem, aponta para alguns fatores internos que podem estar na origem da incapacidade para o autocuidado como a idade, que pode afetar a habilidade e a qualidade do autocuidado necessário; como fator externo, a morte de um membro da família. Achou-se pertinente incluir estes fatores na colheita de dados, como: idade, estado civil, escolaridade e profissão (Petronilho, 2012).

Na especificação demográfica a amostra é composta por 118 pessoas hipertensas, verificou-se que é maioritariamente masculina (58,5%), como representa o gráfico abaixo:

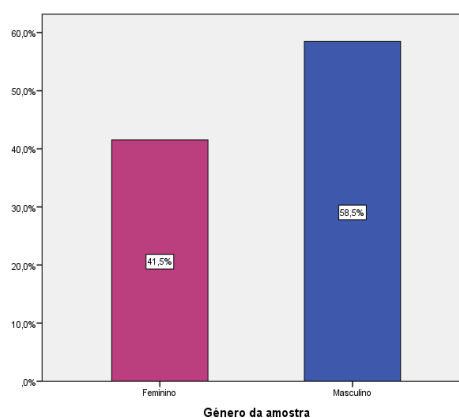


Gráfico nº1 – Distribuição da amostra por género

A idade média é de 69 anos, havendo um intervalo de idades entre os 40 e os 90 anos. O grupo etário predominante é dos 71-80 anos, como pode ser analisado:

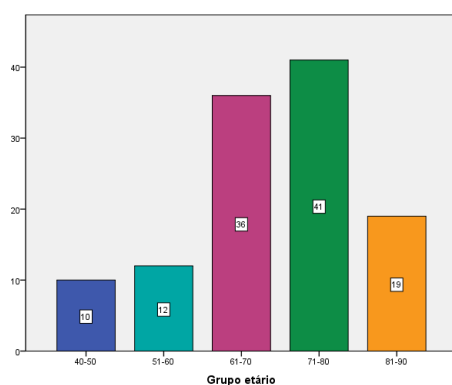


Gráfico nº2 - Distribuição da amostra por grupo etário

Média	N	Desvio Padrão
69,20	118	11,313

Tabela nº1 - Média de Idades

Quanto ao agregado familiar, a maioria, 82 pessoas (69,5%) que constituem a população alvo são casados/união de fato, sendo que apenas 3 (2,5%) são solteiros.

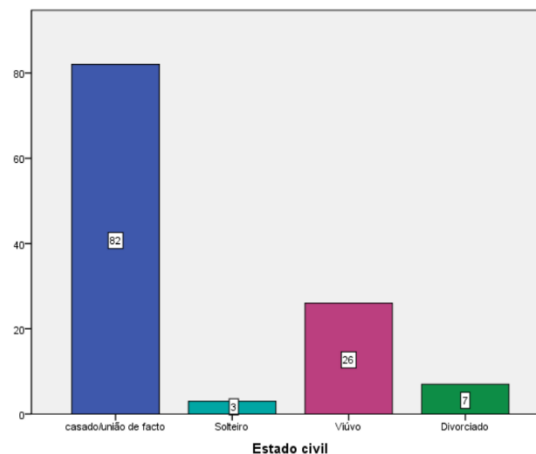


Gráfico nº 3- Distribuição da amostra por estado civil

Em relação ao nível de escolaridade, maioritariamente a população da amostra tem estudos equivalentes ao 1º ciclo de escolaridade (59,3%), e apenas 14 (11,9%) dos inquiridos nunca frequentaram a escola.

O nível de escolaridade está amplamente relacionado a um conhecimento sobre a HTA superior, uma vez que influi na apreensão dos ensinamentos e favorece a relação com o profissional de saúde na consulta o que leva consequentemente a um melhor autocuidado. Deste modo, não saber ler nem escrever, dificulta a compreensão, exigindo estratégias alternativas, como por exemplo, saber distinguir as caixas dos medicamentos, etc. (Madeira, 2015).

Segundo Polónia *et. al* (2014) a predominância de pessoas com um nível de escolaridade baixo está associada com maior probabilidade de terem HTA.

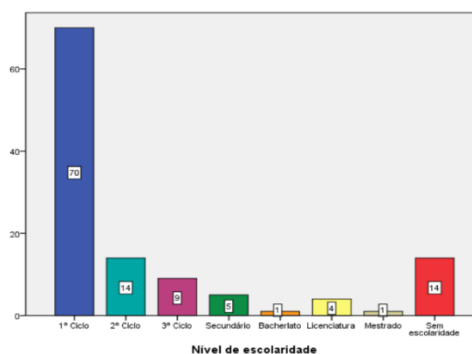


Gráfico nº4 - Distribuição da amostra por nível de escolaridade

Os dados refletem que 88 dos participantes (74,6%) estão reformados, e os restantes 30 participantes (25,4%), são trabalhadores ativos.

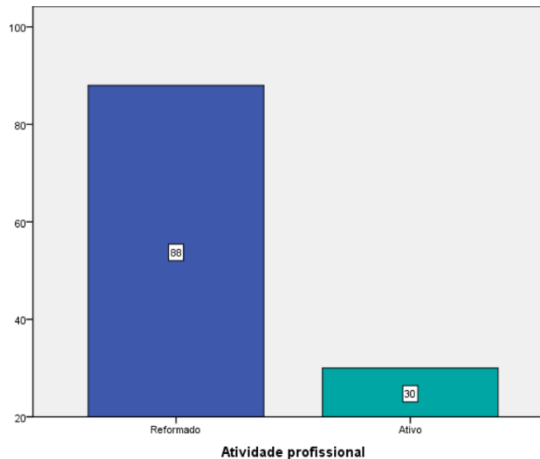


Gráfico nº5 - Distribuição da amostra por atividade profissional

3.2.2. Definição de objetivos

Com o diagnóstico da situação realizado, são traçados os objetivos da intervenção. Os objetivos direcionam-nos para os resultados que ambicionamos alcançar, estes podem ser de diferentes graus, partindo do geral para os mais específicos (Ruivo *et al.*, 2010).

Nogueira defende que, para a definição dos objetivos é preciso que as problemáticas identificadas sejam descritas de forma concisa de modo que a elaboração dos objetivos seja transparente (Ruivo *et al.*, 2010).

Assim, o **objetivo geral** do projeto é:

- Apreender o nível de conhecimento do doente sobre a HTA através da Escala do Autocuidado da Hipertensão Arterial.

Os **objetivos específicos** “são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo. Sendo o resultado da subdivisão de um objetivo geral mais vasto, em aprendizagens mais elementares” (Ruivo *et al.*, 2010, p.18):

- Aplicar a escala a uma amostra de pessoas na consulta de Cardiologia para avaliação dos conhecimentos do doente com hipertensão;
- Intervir junto da pessoa/família com hipertensão, de acordo com o nível de conhecimentos de autocuidado;
- Reaplicar a escala a uma pequena amostra de pessoas previamente selecionadas após 3 ou 4 semanas para reavaliação do nível do autocuidado;
- Avaliar as intervenções realizadas face aos resultados esperados.

Estes objetivos sofreram alterações relativamente ao inicialmente delineado no projeto de intervenção, devido às problemáticas encontradas e aos resultados que pretendemos atingir.

3.2.3. Planeamento

O planeamento (Apêndice I), definido como a terceira etapa do projeto, onde é elaborado um esquema pormenorizado, e são delineadas as atividades a desenvolver, técnicas de investigação e a calendarização das atividades (Ruivo *et al.*, 2010).

Em todos os projetos podem acontecer percalços, onde é necessário desenvolver estratégias para que se possam superar, para que não seja posta em causa a sua aplicação.

Gerir bem o tempo, impondo prazos e determinado metas é fundamental para planificar as estratégias do trabalho (Ruivo *et al.*, 2010).

Foi nesta fase, que se procurou clarificar onde seria feito o levantamento dos dados necessários para a aplicabilidade da estratégia de intervenção. Após reunião com a enfermeira orientadora do estágio e a enfermeira chefe do serviço, ficou acordado que seria nas consultas de cardiologia e na UCIC do HESE. Em entrevista não estruturada, foi comunicado aos cardiologistas o objetivo da nossa presença nas consultas.

3.2.4. Execução

Nesta etapa, vai-se colocar em prática o que foi planeado (Ruivo *et al.*, 2010). “São esperados muitos resultados, nomeadamente em termos de aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências” (Ruivo *et al.*, 2010, p.24).

Como foi referido anteriormente, o projeto foi realizado no HESE, a pessoas adultas (n=118), de ambos os sexos com HTA, que são seguidos na consulta de Cardiologia. Os dados foram colhidos a partir de dezembro de 2019, até final de janeiro de 2020.

Os participantes foram abordados na sala de espera da consulta de cardiologia, e aos que concordaram verbalmente em participar, foi entregue a declaração de consentimento informado (Anexo V), onde consta os detalhes da pesquisa.

O SC-HI foi projetado para ser um instrumento de autopreenchimento, mas devido ao baixo nível de escolaridade, todos os questionários foram aplicados através de entrevista, necessitando sensivelmente 5 a 8 minutos para concluir a aplicação da escala.

A autorização para a tradução e adaptação do instrumento de colheita de dados foi dado por uma das autoras da versão original¹¹. O SC-HI inclui 23 itens e foi projetado para apreender o processo

¹¹ Versão original: <https://self-care-measures.com/available-self-care-measures/self-care-of-hypertension-inventory/>

teórico da teoria do autocuidado, medido em 3 dimensões: manutenção, gestão e confiança no autocuidado (Dickson *et al.*, 2017).

Os itens da dimensão da **manutenção do autocuidado**, reflete 11 comportamentos recomendados para pessoas com HTA, as pontuações variam de 1 a 5 (“nunca ou raramente” a “sempre ou diariamente”).

Na dimensão **gestão do autocuidado**, são avaliados 6 itens, subdivididos em 3 categorias, na primeira, os participantes reportam se a sua PA tem estado elevada, no mês anterior, mesmo que brevemente, as pontuações vão de 0 a 4 (“não reconheci” a “muito rápido”). Na segunda são indicadas 4 medidas recomendadas para controlar a PA, e qual a probabilidade de as usar em caso de HTA, as pontuações variam de 1 a 4 (“improvável” a “muito provável”). A última categoria avalia a capacidade de a pessoa avaliar a eficácia das medidas da categoria anterior, se porventura usou alguma, a pontuação vai de 0 a 4 (“não tentei nada” a “tenho a certeza absoluta”).

Na terceira e última dimensão, **confiança no autocuidado**, são avaliados 6 itens, usados para avaliar a confiança na capacidade de se envolver no seu autocuidado, as pontuações variam de 1 a 4 (“nada confiante a “extremamente confiante”).

As 3 dimensões pontuadas separadamente variam de 0 a 100 pontos. O autocuidado é considerado adequado se obtiver pontuação superior ou igual a 70 pontos (Dickson *et al.*, 2017).

3.2.5. Avaliação

Segundo Ruivo (2010), na avaliação de um projeto são identificados diversos podem distinguir-se várias etapas. Desta forma, “serão abordadas a avaliação intermédia/depuração, realizada em simultâneo com a execução do projecto, e a avaliação final do mesmo, com a avaliação do processo e produto do Projeto”.

Sendo contínua, permite “facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como análise dos resultados” (Ruivo *et al.*, 2010, p.24).

Durante a aplicação do instrumento às pessoas hipertensas, de acordo com a avaliação/score encontrado, foi feito ensino ao doente/família de acordo com a necessidade detetada, tendo como instrumentos facilitadores nesta fase os flyers da Fundação Portuguesa de Cardiologia. Como avaliação desta intervenção propomos ser feita na próxima consulta novamente a aplicação do instrumento para identificação do nível de autocuidado. Em suma sugerimos que este instrumento seja integrado na consulta de forma definitiva, porque permite uma avaliação constante da pessoa hipertensa e planear a intervenção sistematizada conforme as necessidades do doente/família, fornecendo dados fiáveis/indicadores de resultado.

3.2.6. Divulgação dos resultados

Posteriormente à realização do projeto procede-se à divulgação dos resultados, que compreende a parte final da metodologia de projeto, dando a conhecer a conveniência do projeto e a trajetória feita para a resolução do problema encontrado. No âmbito da saúde e de acordo com Ruivo (2010, p.31), esta divulgação “possibilitará que os clientes tenham conhecimento dos esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornece informação científica aos clientes e profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e instituições”.

Seguidamente serão descritas as respostas relativamente à dimensão da **manutenção do autocuidado**, onde se poderá visualizar que o comportamento de manutenção mais fácil de manter é o da toma de medicação conforme prescrito (pergunta nº7) com média de 3,96%, e o comportamento mais difícil, é o de pedir refeições com pouco teor salino quando faz refeições fora de casa ou visita alguém (pergunta nº8), com média de 1,40%.

Há evidência de que a monitorização da PA realizada pelo próprio doente pode ter um efeito benéfico na adesão terapêutica e no controlo da mesma, sobretudo quando aliada à educação e ao aconselhamento (SPH, 2018).

O ato de cuidar-se, constitui uma das formas de autocuidado descritas por Orem, desta forma, o ensino do autocuidado, ajuda as pessoas a aumentar o seu nível de conhecimento, melhorando a sua perceção da doença e favorece a mudança dos hábitos de vida (Hernández *et al*, 2017).

Como podemos analisar na tabela nº2 apresentada abaixo, no estudo apenas 10% avalia sempre ou diariamente a PA no domicílio, sendo que 41,5% somente avalia “às vezes”.

É importante envolver a pessoa no tratamento, nomeadamente, na monitorização e controlo da PA, pode inclusive melhorar a adesão à terapêutica (SPH, 2018).

Pergunta nº1 – Avalia a sua tensão arterial?			
	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	18	15,3	15,3
Às vezes	49	41,5	56,8
Frequentemente	39	33,1	89,8
Sempre ou diariamente	12	10,2	100,0
Total	118	100,0	

Tabela n.º 2 - Pergunta nº1 da dimensão manutenção do autocuidado

Os hipertensos devem ser orientados para o consumo de uma dieta equilibrada e saudável abundante em vegetais, legumes, frutas frescas, alimentos pobres em gordura, cereais integrais, peixes e de gorduras insaturados (especialmente azeite), e reduzir o consumo de carne vermelha e de gorduras saturadas (SPH, 2018).

O consumo diário de frutas, vegetais e produtos lácteos desnatados e pobre em gorduras pode diminuir a PAS em 5,5 mmHg e a PAD em 3 mmHg (Ademe, Aga & Gela, 2019).

Dos 118 participantes, 72 (61%) referiram ingerir sempre ou diariamente frutas e legumes, apenas 4 (3,4%) refere fazê-lo apenas às vezes.

Pergunta nº2 – Come muitas frutas e legumes?			
	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Às vezes	4	3,4	3,4
Frequentemente	42	35,6	39,0
Sempre ou diariamente	72	61,0	100,0
Total	118	100,0	

Tabela n.º 3- Pergunta nº2 da dimensão manutenção do autocuidado

Estudos epidemiológicos referem que a prática regular de atividade física pode ter benefícios para prevenir e tratar a HTA, e para reduzir o risco cardiovascular e a mortalidade (SPH, 2018).

Relativamente à prática de alguma atividade física, dos 118 participantes, apenas 7 (5,9%) dizem fazer sempre ou diariamente, a maioria da amostra 68 (57,6%) mencionam que nunca ou raramente praticam.

Pergunta nº3 – Faz alguma atividade física?			
	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	68	57,6	57,6
Às vezes	28	23,7	81,4
Frequentemente	15	12,7	94,1
Sempre ou diariamente	7	5,9	100,0
Total	118	100,0	

Tabela n.º4 - Pergunta nº3 da dimensão manutenção do autocuidado

Aqui a grande maioria dos participantes, 113 (95,8%), refere que mantém as consultas com o seu médico ou enfermeiro sempre que são agendadas.

Pergunta n.4 – Mantém consultas com o seu médico/enfermeiro?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Às vezes	1	,8	,8
Frequentemente	4	3,4	4,2
Sempre ou diariamente	113	95,8	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº5 - Pergunta nº4 da dimensão manutenção do autocuidado

Há evidências da relação entre a ingestão de sal e a PA, foi provado que ao ingerir sódio em excesso (> 5 g de sódio por dia) tem impacto vasoconstritor diretamente relacionado ao aumento da prevalência de HTA e ao aumento da PAS com a idade (SPH, 2018).

Riegel *et al* (2009), refere que a redução do sal na dieta, é apontado como uma das práticas do autocuidado. Refere ainda, que se recomenda que a ingestão de sódio seja de 2 a 3 gr./dia, contribuindo para a redução do esforço cardíaco, consequentemente reduz a PA.

A redução do sal para os valores recomendados, reduz a PAS de 2 a 8 mmHg em pessoas hipertensas (Ademe *et al.*, 2019).

No entanto o consumo de sal ainda é elevado, chegando a duplicar as recomendações da OMS (Polónia *et al.*, 2014).

A maioria dos participantes do estudo 65 (55%) referem que frequentemente fazem uma dieta com pouco teor salino, 15 pessoas (12,7%), refere que o sal não é uma preocupação.

Pergunta nº5 – Faz uma dieta com pouco sal?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	15	12,7	12,7
Às vezes	29	24,6	37,3
Frequentemente	65	55,1	92,4
Sempre ou diariamente	9	7,6	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº6 - Pergunta nº5 da dimensão manutenção do autocuidado

Os hipertensos devem ser orientados para a realização de 30 minutos de exercício diário, 5 a 7 dias por semana (SPH, 2018). Esta prática pode reduzir a PAD de 4 a 9 mmHg (Ademe *et al*, 2019).

Em consonância com a pergunta nº3 da EA-HA, apenas 6 participantes (5,1%) pratica exercício físico pelo menos 30 minutos, e 71 (60,2%) nunca ou raramente o fazem.

Pergunta nº6 – Faz exercício pelo menos 30 minutos?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	71	60,2	60,2
Às vezes	28	23,7	83,9
Frequentemente	13	11,0	94,9
Sempre ou diariamente	6	5,1	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº7 - Pergunta nº6 da dimensão manutenção do autocuidado

A grande maioria das pessoas hipertensas precisará de terapêutica medicamentosa além de mudar o estilo de vida para obter o controlo ideal da PA (SPH, 2018).

A medicação anti hipertensora pretende a curto prazo, controlar da PA para valores tensionais inferiores a 140/90 mmHg, desde que sejam tolerados (DGS, 2013b).

Mais uma vez podemos constatar que a toma dos medicamentos prescritos é uma preocupação dos participantes, 115 (97,5%) fá-lo sempre ou diariamente.

Pergunta nº7 – Toma os medicamentos como prescritos?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Às vezes	2	1,7	1,7
Frequentemente	1	,8	2,5
Sempre ou diariamente	115	97,5	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº8 - Pergunta nº7 da dimensão manutenção do autocuidado

A adoção de recursos com o intuito de reduzir o consumo de sal por parte dos portugueses, como falado anteriormente, é de grande relevância, de forma a prevenir as doenças cardiovasculares (DGS, 2017b).

Quando comem fora de casa, o consumo de sal não é uma prioridade, 73,7% dos inquiridos não têm essa preocupação, e nunca ou raramente pedem alimentos com pouco sal.

Pergunta nº8 – Pede alimentos com baixo teor de sal quando faz refeições fora de casa ou quando visita alguém?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	87	73,7	73,7
Às vezes	18	15,3	89,0
Frequentemente	10	8,5	97,5
Sempre ou diariamente	3	2,5	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº9 - Pergunta nº8 da dimensão manutenção do autocuidado

Dos 118 participantes, 78 (66,1%) menciona que não requer de ajuda para o lembrar da toma da medicação, 39 (33,1%) usa algum tipo de sistema para ajudar a não esquecer de tomar os medicamentos.

Pergunta nº9 – Usa um sistema (caixa de comprimidos, lembretes) para ajudá-lo a lembrar de tomar os medicamentos?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	78	66,1	66,1
Às vezes	1	,8	66,9
Sempre ou diariamente	39	33,1	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº10 - Pergunta nº9 da dimensão manutenção do autocuidado

Uma pesquisa demonstrou que uma dieta mediterrânica feita ao longo de 5 anos apresentou uma diminuição do risco cardiovascular de 29%, comparado a uma dieta controlada pobre em gorduras com uma redução de 39% no AVC. A dieta mediterrânica também reduziu significativamente a PA, a glicémia e níveis lipídicos (SPH, 2018).

Dos 118 participantes, 64 (54,2%), referem que frequentemente fazem uma dieta pobre em gorduras, 13 participantes (11%) referem que nunca ou raramente têm atenção a este item.

Pergunta nº10 – Faz uma dieta pobre em gorduras?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	13	11,0	11,0
Às vezes	36	30,5	41,5
Frequentemente	64	54,2	95,8
Sempre ou diariamente	5	4,2	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº11 - Pergunta nº10 da dimensão manutenção do autocuidado

Adotar uma dieta saudável e equilibrada deve ser também acompanhada por outras modificações no estilo de vida, como praticar exercício físico e controlar o peso (SPH, 2018).

O aumento excessivo de peso está associado à HTA, sendo que a redução de peso para um peso corporal ideal diminui a PA (SPH, 2018). A análise de Polónia *et. al* (2014) complementa, dizendo que o excesso de peso é o fator de risco modificável com maior correlação com a HTA o que realça a importância de alertar as pessoas para a necessidade do controlo do peso como meio para atingir o controlo da PA.

Tanto o excesso de peso como a obesidade estão associados ao acréscimo do risco de morte por problemas cardiovasculares e mortalidade em geral (SPH, 2018). Deve-se valorizar estes fatores de risco que apresentam uma prevalência alta na população portuguesa, de acordo com o que diz Reveles (2015) e Polónia *et. al* (2014).

A redução do peso para um índice de massa corporal normal, pode reduzir a PAS de 3 a 7 mmHg e a PAD de 3 a 9 mmHg (Ademe *et al.*, 2019).

Dos 118 inquiridos, apenas 5 (4,2%) refere ter cuidado em controlar o peso corporal, e 44 (37,3%), só tem essa preocupação às vezes.

Pergunta nº11 – Tenta perder peso ou controlar o peso?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	39	33,1	33,1
Às vezes	44	37,3	70,3
Frequentemente	30	25,4	95,8
Sempre ou diariamente	5	4,2	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº12 - Pergunta nº11 da dimensão manutenção do autocuidado

Em concordância com os resultados alcançados, o estudo de Silveira *et al.*, (2020) na dimensão manutenção do autocuidado, o item com maior adesão foi “Mantém consultas com o seu médico/enfermeiro?”, e o item com menor adesão foi “Pede alimentos com baixo teor de sal quando faz refeições fora de casa ou quando visita alguém?”.

Relativamente à dimensão **gestão do autocuidado** poderá ser visualizado que o comportamento de gestão mais fácil de gerir é o de se PA subir, tomar a medicação prescrita sem falta (pergunta nº15) com média de 3,85%, e o comportamento de gestão mais difícil, é o de reconhecer que a PA estava elevada (pergunta nº12), com média de 1,14%.

Como se pode observar na tabela em baixo, dos 118 participantes, 65 (55,1%) referem que a PA não esteve elevada e 21 (17,8%) não reconheceram a elevação da PA, apenas 19 participantes (16,1%) refere ter reconhecido rapidamente a elevação da PA, através de cefaleia, tonturas e ainda 1 dos participantes referiu que teve sangramento nasal.

A hipertensão é uma doença muitas das vezes silenciosa e invisível, e raramente causa sintomas, não interferindo com as atividades de vida diária. Aumentando a consciencialização das pessoas é essencial, tal como a deteção precoce da doença. A PA elevada comporta um sério sinal de alerta, que significa, que alterações importantes no estilo de vida deverão ser urgentemente adotadas. As pessoas precisam saber porque a pressão arterial elevada é perigosa e que medidas tomar para controlá-la (WHO, 2013).

É possível identificar aqui uma das práticas que prejudica o autocuidado, sendo a ausência de sintomatologia uma das principais. Orem faz referência à importância da enfermagem no ensino, no caso de desconhecimento ou falta de informações (Hernández *et al*, 2017).

Pergunta nº12 – Com que rapidez reconheceu que a sua tensão artéria estava elevada?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não tive isso	65	55,1	55,1
Não reconheci	21	17,8	72,9
De forma lenta	2	1,7	74,6
De forma normal	11	9,3	83,9
Rápido	19	16,1	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº13 - Pergunta nº12 da dimensão gestão do autocuidado

Seguidamente, os participantes foram questionados com algumas medidas úteis para o controlo da PA, e a probabilidade de as usarem em caso de elevação da PA.

Como já referido anteriormente o sal é prejudicial para a saúde, nomeadamente no controlo da PA. A restrição de sal na alimentação auxilia na manutenção da PA mais baixa. Usar pouco sal ao cozinhar é importante, no entanto, também tem de se ter em atenção aos alimentos que têm sal “escondido” como o pão, alimentos pré-feitos, batatas fritas, aperitivos, bolachas, bolos e cereais de pequeno-almoço¹².

Dos 118 inquiridos, 64 (54,2%), refere ser provável reduzir o sal na dieta, no caso de a PA ficar elevada, e 37 (31,4%), refere ser muito provável. Portanto, acreditamos que as pessoas estão despertas para o efeito nocivo do elevado teor de sal nos alimentos.

Pergunta nº 13 – Se a tensão arterial subir, qual a probabilidade de reduzir o sal na dieta?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Improvável	2	1,7	1,7
Pouco provável	15	12,7	14,4
Provável	64	54,2	68,6
Muito provável	37	31,4	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº14 - Pergunta nº13 da dimensão gestão do autocuidado

Apesar do stress não ser o principal motivo das alterações cardíacas, tem potencial para os despoletar ou agravar, dado que, entre outras consequências, conduz à elevação da PA. É, elementar a adoção de atividade de relaxamento e a tentar dentro do possível levar uma vida tranquila¹³.

Dos 118 participantes, 81 (68,6%), refere ser provável reduzir o stress, através de caminhadas, ouvir música, descansar...

Pergunta nº 14 – Se a tensão arterial subir, qual a probabilidade de reduzir o stress?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Pouco provável	7	5,9	5,9
Provável	81	68,6	74,6
Muito provável	30	25,4	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº15 - Pergunta nº14 da dimensão gestão do autocuidado

¹² <http://www.fpcardiologia.pt/pela-sua-saude-cuide-de-si/dieta-equilibrada/>

¹³ <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/stress/>

Como foi descrito anteriormente, a medida que os participantes valorizam mais é a toma da medicação prescrita. Podemos mais uma vez constatar isso na tabela em baixo, em que a grande maioria dos inquiridos 103 (87,3%) refere ser muito provável ter em atenção para a toma da medicação sem falta.

Pergunta nº 15 – Se a tensão arterial subir, qual a probabilidade de ter atenção para tomar os medicamentos prescritos sem falta?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Improvável	1	,8	,8
Pouco provável	1	,8	1,7
Provável	13	11,0	12,7
Muito provável	103	87,3	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº16 - Pergunta nº15 da dimensão gestão do autocuidado

Aqui os resultados entram em desacordo, uma vez que na dimensão anterior dizem que a grande maioria dos participantes, 113 (95,8%), mantêm as consultas com o seu médico ou enfermeiro sempre que são agendadas. Mostrando confiança com os profissionais de saúde. No entanto, se a tensão arterial subir é pouco provável (42,3%) que entrem em contato com o médico/enfermeiro, e apenas 3 participantes (2,5%), refere ser muito provável contatar os profissionais de saúde.

Pergunta nº 16 – Se a tensão arterial subir, qual a probabilidade de contatar o seu médico ou enfermeiro para aconselhamento?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Improvável	26	22,0	22,0
Pouco provável	51	43,2	65,3
Provável	38	32,2	97,5
Muito provável	3	2,5	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº17 - Pergunta nº16 da dimensão gestão do autocuidado

A seguir, questionou-se os participantes, relativamente às 4 medidas apresentadas anteriormente, se usadas, se foram benéficas para o controlo da PA, ou não.

A maioria dos participantes 60 (50,8%), refere que tem a certeza de que a adoção de alguma medida para o controlo da PA, foi eficaz. Apenas 12 (10,2%) não tem a certeza, e 4 (3,4%) não tentaram nenhuma medida.

Pergunta nº17 – Quanta certeza tem de que essa medida ajudou ou não ajudou?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não tentei nada	4	3,4	3,4
Não tenho a certeza	12	10,2	13,6
Tenho uma vaga ideia	40	33,9	47,5
Tenho a certeza	60	50,8	98,3
Tenho a certeza absoluta	2	1,7	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº18 - Pergunta nº17 da dimensão gestão do autocuidado

O autocuidado é apresentado maioritariamente pelas dimensões de manutenção e gestão, no entanto, a dimensão da **confiança no autocuidado**, mostra-se de igual importância, uma vez que estabelece a relação entre o autocuidado adequado e os resultados esperados (Riegel *et al.*, 2009).

Mais uma vez as estatísticas mostram que em média 3,62%, os participantes se mostram confiantes em seguir o regime terapêutico. No entanto a confiança mantém-se alta nos restantes itens, sendo a que tem menos confiança (2,86%) é a de avaliar a eficácia de qualquer procedimento no controlo da PA.

À pergunta se está confiante que consegue controlar a sua tensão arterial, 96 dos participantes (81,4%), refere estar muito confiante, e 12 (10,2%) está pouco confiante.

Pergunta nº18 – Está confiante que consegue controlar a sua tensão arterial?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Pouco confiante	12	10,2	10,2
Muito confiante	96	81,4	91,5
Extremamente confiante	10	8,5	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº19 - Pergunta nº18 da dimensão confiança no autocuidado

Em relação a seguir o regime terapêutico, 75 dos inquiridos (63,6%) está extremamente confiante, e apenas 2 (1,7%) se sente pouco confiante.

Pergunta nº19 – Está confiante que consegue seguir o regime terapêutico?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Pouco confiante	2	1,7	1,7
Muito confiante	41	34,7	36,4
Extremamente confiante	75	63,6	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº20 - Pergunta nº19 da dimensão confiança no autocuidado

Dos 118 participantes, 88 (74,6%), refere estar muito confiante em reconhecer as mudanças na saúde, e 21 (17,8%) pouco confiante.

Pergunta nº20 – Está confiante que consegue reconhecer as mudanças na sua saúde, se estas ocorrerem?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Pouco confiante	21	17,8	17,8
Muito confiante	88	74,6	92,4
Extremamente confiante	9	7,6	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº21 - Pergunta nº20 da dimensão confiança no autocuidado

Na pergunta, se está confiante em avaliar as mudanças na tensão arterial, 85 dos participantes (72%), refere estar muito confiante, e 24 (20,3%) pouco confiante.

Pergunta nº21 – Está confiante que consegue avaliar as mudanças na sua tensão arterial?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Pouco confiante	24	20,3	20,3
Muito confiante	85	72,0	92,4
Extremamente confiante	9	7,6	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº22 - Pergunta nº21 da dimensão confiança no autocuidado

Dos 118 participantes, 91 (77,1%), está muito confiante que consegue fazer algo para controlar a sua tensão arterial, e 12 (10,2%), refere estar pouco confiante.

Pergunta nº22 – Está confiante que consegue fazer alguma coisa para controlar a sua tensão arterial?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Pouco confiante	12	10,2	10,2
Muito confiante	91	77,1	87,3
Extremamente confiante	15	12,7	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº23 - Pergunta nº22 da dimensão confiança no autocuidado

À pergunta, se está confiante que consegue avaliar a eficácia de qualquer procedimento, 91 dos participantes (77,1%), refere estar muito confiante, e 22 (18,6%) pouco confiante.

Pergunta nº23 – Está confiante que consegue avaliar a eficácia de qualquer procedimento?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Pouco confiante	22	18,6	18,6
Muito confiante	91	77,1	95,8
Extremamente confiante	5	4,2	100,0
Total	118	100,0	

Tabela nº24 - Pergunta nº23 da dimensão confiança no autocuidado

Exploradas as práticas do nível de autocuidado em utentes hipertensos seguidos na consulta de Cardiologia do HESE, 63,18% dos participantes não apresenta uma boa prática de autocuidado. O autocuidado é considerado adequado se obtiver pontuação superior ou igual a 70 pontos (Dickson *et al.*, 2017).

Na análise de Ramos *et al.*, (2019), verificou que a maioria dos participantes tem um nível *bom* de conhecimentos sobre a HTA. No entanto, segundo Silveira *et al.*, (2020), embora exista uma maior consciencialização sobre a importância do tratamento das pessoas hipertensas, há grandes evidências de que as pessoas têm pouca adesão ao autocuidado.

Verificou-se ser necessário haver melhor adesão ao regime terapêutico, particularmente no quesito da atividade física e do controlo de peso. Portanto, é fulcral direcionar os esforços para estes pontos de modo a aumentar a eficiência dos tratamentos para a HTA.

Comprovando o que anteriormente ao desenvolvimento da EA-HA os autores (Madeira, 2015; Polónia *et al.*, 2014 e Prior *et al.*, 2001) diziam que existia uma relação entre os conhecimentos sobre a HTA e a faixa etária das pessoas, não querendo dizer que os utentes mais idosos detêm menos

conhecimentos. Polónia *et al.*, 2014, diz ainda que os utentes com mais de 65 anos possuem maiores conhecimentos e controlam melhor a sua doença.

No entanto estudos recentes, referem que a relação entre os conhecimentos sobre a HTA e o grupo etário com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos são os que detêm mais conhecimentos num grau *bom* ou *muito bom*, e menos frequente as pessoas mais idosas possuírem conhecimentos de grau *muito bom* (Ramos, Jesus, Souto & Santos, 2019).

Através dos dados obtidos, e cruzando as variáveis, podemos verificar que a faixa etária que nunca ou raramente pratica exercício físico, são os utentes entre os 71 e os 80 anos, totalizando 36,8%. É também esta faixa etária, que nunca ou raramente tenta controlar o peso com 30,8%. A faixa etária dos 61 aos 70 anos, são os que frequentemente praticam alguma atividade física (53,3%).

Controlo do peso por faixa etária

		Faixa etária					Total
		40-50	51-60	61-70	71-80	81-90	
Tenta perder peso ou controlar o peso?	Nunca ou raramente	12,8%	5,1%	23,1%	30,8%	28,2%	100,0%
	Às vezes	4,5%	20,5%	27,3%	36,4%	11,4%	100,0%
	Frequentemente	10,0%	3,3%	40,0%	36,7%	10,0%	100,0%
	Sempre ou diariamente			60,0%	40,0%		100,0%
Total		8,5%	10,2%	30,5%	34,7%	16,1%	100,0%

Tabela nº25 – Prevalência de controlo do peso por faixa etária

Prática de exercício físico por faixa etária

		Faixa etária					Total
		40-50	51-60	61-70	71-80	81-90	
Faz alguma atividade física?	Nunca ou raramente	10,3%	10,3%	23,5%	36,8%	19,1%	100,0%
	Às vezes	7,1%	17,9%	35,7%	28,6%	10,7%	100,0%
	Frequentemente	6,7%		53,3%	33,3%	6,7%	100,0%
	Sempre ou diariamente			28,6%	42,9%	28,6%	100,0%
Total		8,5%	10,2%	30,5%	34,7%	16,1%	100,0%

Tabela nº26 - Prevalência da prática de exercício físico por faixa etária

Dever-se-á investir na educação em saúde, nomeadamente em estratégias a adotar para melhorar o conhecimento do utente a identificar os sinais e sintomas da HTA descontrolada, e quais os comportamentos de risco a evitar.

Pelos dados recolhidos, verifica-se que 33,3% dos intervenientes com idades compreendidas entre os 61 e os 70 anos, não reconheceu que a sua PA estava elevada, no entanto 42,1% dos inquiridos com idades entre os 71 e os 80 anos reconheceram rapidamente.

Reconhecer a elevação da TA por faixa etária

		Faixa etária					Total
		40-50	51-60	61-70	71-80	81-90	
Com que rapidez reconheceu que a sua tensão arterial estava elevada?	Não tive isso	12,3%	9,2%	30,8%	35,4%	12,3%	100,0%
	Não reconheci	4,8%	9,5%	33,3%	28,6%	23,8%	100,0%
	De forma normal	9,1%	27,3%	27,3%	18,2%	18,2%	100,0%
	Rápido		5,3%	31,6%	42,1%	21,1%	100,0%
Total		8,5%	10,2%	30,5%	34,7%	16,1%	100,0%

Tabela nº27 - Prevalência da rapidez com que reconheceu que a TA estava elevada por faixa etária

Em consonância com os padrões de qualidade que regem o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, este tem um papel basilar, para conceber, implementar e avaliar as estratégias de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias ao seu cuidado, de forma a detetar precocemente, estabilizar, manter e recuperar face a acontecimentos que necessitam de formas avançadas com o intuito de observar, monitorizar e de terapêutica, antecipando complicações e episódios adversos, para promover a saúde e prevenir a doença nos distintos contextos de ação¹⁴.

Os utentes podem beneficiar dos cuidados de enfermagem, o acompanhamento e as ações de carácter preventivo e educativo devem constituir o cerne da estratégia para o controlo da HTA. O estímulo para o autocuidado não é fácil, numa sociedade em que os hábitos estão enraizados e fazem parte de uma construção social, e que são fortemente influenciados pelo meio em que nos inserimos.

O objetivo deste estudo foi avaliar o autocuidado através da EA-HA traduzida para português, projetada para ser usada em pessoas com HTA. Os resultados deste estudo, ilustram que a EA-HA é confiável, válida e pronta para testes adicionais.

Nesta análise, a manutenção do autocuidado refletiu 11 comportamentos promotores da saúde, identificados por especialistas como tendo um efeito benéfico na redução da PA. Esses comportamentos avaliam tanto a adesão ao tratamento como as atividades de estilo de vida - ambas necessárias para o controlo da HTA (Dickson *et al.*, 2017).

¹⁴ https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Embora esta escala de **manutenção do autocuidado** seja diferente dos outros instrumentos, é consistente com a evidência de que um estilo de vida que promove a saúde contribui para alcançar o controlo da PA, mesmo em utentes que usam medicamentos anti hipertensores. Por exemplo, existem evidências convincentes de que a diminuição do peso e a prática de exercício físico, estão associados a uma PA mais controlada, mas nenhuma das duas provavelmente é totalmente eficaz sem a adesão à medicação naqueles com pressão arterial mais elevada (Dickson *et al.*, 2017).

A análise da escala de **gestão do autocuidado** revelou ser um processo natural de tomada de decisão, requerendo tomar uma decisão sobre que ação tomar numa situação específica (Dickson *et al.*, 2017). Reconhecer a PA elevada, é um comportamento a ser incluído na educação dos utentes. Por exemplo através da medição e registo da PA em casa de forma rotineira, para despiste e controlo da PA.

Em relação à escala da **confiança no autocuidado**, os utentes mostraram-se muito confiantes. Esta confiança pode-se confundir com o significado próprio da palavra, uma vez que, alguns utentes estão convencidos que quando não tem sinais e sintomas a PA está controlada.

O autocuidado é um componente essencial para controlar a PA e para prevenir as complicações inerentes à HTA. O SC-HI, EA-HA em português pretende preencher uma lacuna importante na literatura e que seja útil em pesquisas destinadas a entender e a melhorar o autocuidado de pessoas com HTA (Dickson *et al.*, 2017).

O estudo realizado por membros da Sociedade Portuguesa de Hipertensão Arterial revelou que cada vez mais portugueses reconhecem as consequências da HTA como o AVC e o EAM, sendo que 61% da população considera a HTA como um problema grave de saúde, no entanto apenas 14% avalia regularmente a HTA por iniciativa própria; reconhecem que o consumo excessivo de sal é nocivo, embora só 33% saiba a dose máxima diária recomendada e identificam a adesão ao regime terapêutico como um fator importante (Polónia *et. al.*, 2014).

De maneira a perceber se a capacidade de o instrumento reproduzir se um dado resultado é consistente, reaplicou-se a escala a um grupo selecionado de participantes que concordaram voltar a repetir a escala ao fim de 3/4 semanas, usando exatamente os mesmos métodos, mas desta vez via telefónica. Do grupo selecionado (19 participantes) para a reaplicação da escala apenas 13 aceitaram voltar a responder, estes dados não estão apresentados neste relatório, serão utilizados na validação da escala, numa fase posterior, que por motivos de tempo não foi possível fazer.

Face aos resultados encontrados, e à evidência epidemiológica da HTA, é possível perceber que existe um vasto campo de intervenção, relativamente a atividades de educação e guia, farmacológicas e não farmacológicas, que conduzam a um melhor autocuidado, fica o instrumento, a EA-HA, que dá um forte contributo para a monitorização do autocuidado e consequente melhoria de resultados.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Este capítulo é dedicado à análise reflexiva acerca da aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, bem como as competências de Mestre em Enfermagem.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

Segundo o Regulamento dos padrões e qualidade dos cuidados especializados em EMC-PSC (O.E., 2017), o enfermeiro “será reconhecido como uma referência no cuidado à pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”.

A Investigação de Benner teve como objetivo instruir-se sobre a aprendizagem experiencial na prática de enfermagem e analisar o desenvolvimento de competências fundamentadas tanto nessa aprendizagem, como no conhecimento intrínseco à prática de enfermagem (Benner, 2001).

Patrícia Benner estudou a prática como forma de descobrir e descrever a aprendizagem integrada na prática de enfermagem, afirmando que o conhecimento se adquire com o tempo e se desenvolve através da experiência, ou seja, o conhecimento clínico é articulado numa união dos conhecimentos práticos e teóricos (Alligood, 2018).

Do enfermeiro especialista é expectável uma combinação de conhecimentos, capacidades e habilidades consolidadas em comparação ao enfermeiro generalista. Resumindo-se à aquisição de competências especializadas, que resultam do aperfeiçoamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Diário da República, 2019).

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista está definido que “especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído” (Diário da República, 2019, p.4744).

E são as seguintes:

- Competências no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- Competências no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade;
- Competências no Domínio da Gestão dos Cuidados;

- Competências no Domínio do Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional.

As competências comuns são:

“competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Diário da República, 2019, p.4745).

Considerando a que as competências de especialistas e as competências de mestre estão relacionadas nos 4 domínios, estas surgem associadas e serão fundamentadas em conjunto.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:

Competência de mestre nº3 – “Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais” (A3es, 2015, p. 26).

Competências de Especialista A1 e A2 (Regulamento nº 140/2019, p. 4746):

– **“Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”.**

– **“Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.**

De acordo com este domínio de competência, o enfermeiro especialista “demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente”. E “demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (Regulamento nº140/2019, p.4746).

Desta forma recorreu aos documentos que suportam o exercício profissional, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), decreto-lei nº 161/96, de 4 de setembro, e a Deontologia profissional (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo no capítulo VI da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Adquiriu também conhecimentos sobre o código deontológico que rege a profissão

em Espanha (Resolución nº 32/89 del Consejo General de Enfermería), que em discussão com a enfermeira orientadora do estágio, verificou que em termos de conteúdo é muito similar à deontologia profissional do enfermeiro em Portugal.

No artigo 8º do REPE é referido que os enfermeiros devem adotar procedimentos responsáveis e éticos e atuar de acordo com os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Decreto-Lei nº161/96). Na deontologia profissional, o artigo 100º dos deveres deontológicos, o enfermeiro deve respeitar os princípios deontológicos e as leis que regem a profissão, comprometer-se pelas deliberações que toma e pelos atos praticados ou delegados, protegendo e defendendo as pessoas das práticas que contradigam a lei, a ética ou o bem comum (Decreto-Lei nº 156/2015).

Durante o ensino clínico houve a preocupação constante de prestar cuidados de excelência desenvolvendo competências no âmbito do cuidar da pessoa em caso emergência e tomada de decisão clínica e ética.

Considera-se que no decorrer da prática supervisionada, ter assegurado uma prática segura, profissional e ética, sendo orientada pelo Código Deontológico de Enfermagem, ao passo que na sua prática diária enquanto profissional de enfermagem esta competência já é cumprida.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Competência de mestre nº5 – “Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais” (A3es, 2015, p.26).

Competências de Especialista B1 e B2 (Regulamento nº 140/2019, p. 4747):

– “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”.

– “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”.

De acordo com este domínio de competência, o enfermeiro especialista “colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional”. E “reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (Regulamento nº140/2019, p.4747).

Houve a necessidade de rever o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC-PSC, de forma a serem aplicados, na prestação de cuidados.

No decorrer do estágio procurou prestar cuidados ao doente crítico, dando cumprimento às normas da melhoria da qualidade implementados.

Foi também prática corrente da orientadora do estágio, principalmente na UADCI, questionar e justificar a prestação de cuidados aos doentes, garantindo a apreciação da qualidade, assim como o aperfeiçoamento dos mesmos. Esta situação permitiu refletir, tendo em conta as evidências científicas existentes, procurando documentar-se posteriormente.

Competências de Especialista B3 (Regulamento nº 140/2019, p. 4747):

– “Garante um ambiente terapêutico seguro”.

De acordo com esta competência, o enfermeiro especialista “considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (Regulamento nº140/2019, p.4747).

Uma das inquietações dos serviços de saúde, quer a nível hospitalar, quer a nível dos cuidados de saúde primários é a preocupação com o desempenho e a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Sendo os enfermeiros profissionais, detentores de competências que englobam as habilidades, os conhecimentos e experiência pessoal, atributos estes necessários para prestar cuidados de saúde de qualidade, cabe às instituições estarem munidas de recursos materiais, técnicos e humanos adequados ao desenvolvimento da prática de Enfermagem (Regulamento nº 743/2019).

Sendo a segurança um fator determinante para a saúde de qualidade, esta surge integrada na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde – o Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020, que pretende apoiar os administradores e médicos do SNS no contexto da gestão de risco associados aos cuidados de saúde. O objetivo principal deste plano passa pelo aumento da segurança, sendo a dotação segura dos profissionais um dos aspetos com maior capacidade de melhoria (Diário da República, 2015).

Durante o ensino clínico prestou cuidados de forma segura, na utilização e administração da terapêutica, preveniu situações de quedas e de úlceras por pressão, utilizou Equipamentos de Proteção Individual (EPI), e em todos os cuidados prestados teve em mente os 5 momentos da higienização das mãos, para prevenir infeções nosocomiais, assim como a identificação inequívoca dos doentes.

Foi-nos dado a conhecer pela Enfermeira responsável pela gestão de risco, a plataforma do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), destinada à gestão dos incidentes passados

no SNS, em que qualquer pessoa ou o profissional de saúde podem reportar os incidentes. Na sua prática clínica só tinha conhecimento da notificação no sistema local (SAGRIS).

No decorrer do ensino clínico não se observaram situações em que fosse necessário registar algum incidente. Os profissionais que prestam cuidados no SU, UCIC e na UADCI, contam com uma ampla experiência a prestar cuidados a doentes críticos, e apresentam princípios de gestão do risco bem presentes na sua prática.

Domínio da Gestão de Cuidados:

Competência de mestre nº1 – “Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão de cuidados de enfermagem, numa área especializada” (A3es, 2015, p.26).

Competências de Especialista C1 e C2 (Regulamento nº 140/2019, p. 4748):

– “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”.

– “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”.

O enfermeiro especialista “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”. Aprimora “a gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº140/2019, p.4748).

A gestão de cuidados de enfermagem representa hoje, um papel predominante para o alcance da qualidade, a eficiência e a eficácia, nos cuidados de saúde. Recorrendo-se do artigo 109º da excelência do exercício, alínea e) que refere que se deve assegurar a qualidade e certificar-se da continuidade dos cuidados das atividades delegadas, responsabilizando-se pelos mesmos (Decreto-Lei nº 156/2015).

No decorrer dos estágios, foram sendo adquiridas as competências do domínio em questão, mediante a gestão de cuidados, a tomada de decisão, coordenando-se com a equipa multidisciplinar. Teve oportunidade de participar no processo de cuidar, discutindo os cuidados com a enfermeira orientadora, garantindo sempre a qualidade dos cuidados.

Teve a oportunidade de acompanhar o enfermeiro orientador num dia que estava escalado para a gestão do serviço, e tentar perceber a dinâmica do serviço e tudo o que implica, além da responsabilidade de verificar a operacionalização dos equipamentos, da revisão do carrinho de

urgência, é responsável também pelos pedidos de material de consumo clínico e da verificação das datas de validade dos existentes no serviço.

Existe sempre a distribuição de um enfermeiro responsável de turno na UCIC, em regra geral é enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, os doentes são distribuídos pelos enfermeiros escalados, que trabalham por método de enfermeiro responsável.

No desempenho das funções no serviço em que presta cuidados, é responsável de turno, sempre que assim é delegado. Enquanto enfermeira responsável de serviço e na falta da enfermeira chefe, participa na adequação de recursos humanos e materiais, garantindo uma eficaz prestação de cuidados e a investir numa gestão da qualidade.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais:

Competência de mestre nº4 – “Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida” (A3es, 2015, p.26).

Competências de Especialista D1 (Regulamento nº 140/2019, p. 4749):

– “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”

O enfermeiro especialista “demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Regulamento nº140/2019, p.4749).

A obsessão pela perfeição tão presente atualmente, faz-nos querer ser pessoas melhores, mais competentes, vemos nos exemplos dos outros como gostaríamos de nos comportar, trabalhar, para tentar fazer a melhor versão de nós mesmos. É um processo complexo de autoconhecimento, de revisão das nossas ações, das relações que estabelecemos com os nossos pares, com o doente crítico/família, a gestão dos sentimentos no âmbito da prática de cuidados.

Sendo os locais de estágio, serviços totalmente desconhecidos, teve necessidade de aumentar o autoconhecimento no que concerne à prestação de cuidados do doente crítico no SU e na UCIC, conhecimento da medicação usada e fazer uma autoformação de forma a conseguir manusear os equipamentos que requerem treino e aprendizagem para o seu uso de forma eficaz e com segurança.

Durante o tempo do estágio, sentiu necessidade de rever os temas lecionados em Enfermagem Médico-cirúrgica II e IV e as aulas de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada. Além das pesquisas que efetuava de forma a fundamentar os cuidados prestados

sustentados na evidência científica. Articulou este trajeto à deontologia profissional, no artigo 100º dos deveres deontológicos em geral, alínea e) em que é evidente a necessidade de atualizar permanente os seus conhecimentos, particularmente através da frequência de ações de qualificação profissional, e o artigo 109º da excelência do exercício, alínea c) que refere que o enfermeiro tem o dever de manter a atualização constante dos conhecimentos, utilizando de maneira qualificada as tecnologias, sem esquecer a formação constante e profunda nas ciências humanas (Lei nº 156/2015).

Ao longo do estágio foi ganhando confiança a lidar com os doentes críticos, a manipular os equipamentos que lhes suportavam a vida, a mobilizar os doentes, e inclusive a trabalhar diretamente com os médicos na assistência aos procedimentos por eles efetuados. Com este autoconhecimento conseguiu gerir de forma eficaz situações de pressão e stress uma vez que o objetivo é estabilizar o mais rapidamente possível o doente crítico tomando decisões num curto espaço de tempo.

Houve possibilidade de participar por diversas vezes no final da passagem de turno, o modo como a enfermeira chefe se precavia e geria os conflitos existentes, sendo estes expostos, e com a colaboração da equipa discutem e realizam os ajustes dos mesmos. Ainda de referir que no gabinete da chefe, se encontra um quadro em que qualquer enfermeiro pode escrever o conflito que o perturba, assim a chefe poderá gerir da melhor forma os conflitos.

Estas experiências são cruciais sempre que nos inspire, nos dê referências e partindo daí, dá-nos ferramentas para traçar planos, rotas, para nos tornarmos melhores pessoas e ainda melhores profissionais.

Competência de mestre nº2 e nº6 (A3es, 2015, p. 26):

- **“Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência”.**

- **“Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular”.**

Competências de Especialista D2 – “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019, p. 4749).

O enfermeiro especialista “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento nº140/2019, p.4749).

Como referido anteriormente após as revisões lecionadas em Enfermagem Médico-cirúrgica II e IV e as aulas de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada. Além das pesquisas que efetuava de forma a fundamentar os cuidados prestados sustentados na evidência científica.

Foi possível perceber, que os cuidados prestados pela equipa de enfermagem e de assistentes operacionais são constantemente supervisionados, de forma a orientar, corrigir e proporcionar a excelência do exercício profissional, para atingir graus de bem-estar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica¹⁵. Estas oportunidades são encaradas como circunstâncias oportunas de formação informal no âmbito da prática clínica.

Realizou-se uma ação de formação em serviço no SU (Apêndice VI), sendo um serviço que atende um grande número de pessoas, são os enfermeiros que, muitas vezes, têm o primeiro contato com os doentes, e que decidem realizar um Eletrocardiograma (ECG), é de extrema importância que sejam capazes de reconhecer traçados eletrocardiográficos normais e patológicos. A urgência é um ambiente em que se prevê que os doentes, que ali recorrem, estejam numa condição de saúde mais instável, desta forma determinadas situações carecem de um desempenho rápido e eficaz. Surgiu a problemática que todos os enfermeiros do SU estão habilitados para fazer o ECG, mas saberão interpretá-lo corretamente? Apesar da prática da execução do ECG, ser feita num clima de confiança, não acontece o mesmo com a sua interpretação. Foi proferida a necessidade no serviço e, demonstrado o interesse na execução do projeto, e sendo uma vantagem para a melhorar os cuidados prestados no SU. Após a ação de formação, houve o momento de avaliação da formação ministrada (Apêndice VII), foi realizado um questionário, de forma a perceber, se a formação foi pertinente, e se foram aprendidos os conhecimentos transmitidos. O questionário é formado por oito questões de resposta fechada, relativamente à pertinência do tema, e oito questões de resposta fechada, de avaliação de conhecimentos. Com base no questionário efetuado no SU relativamente ao conhecimento e interpretação do ECG, concluiu-se que é necessário aprofundar esses conhecimentos, de forma a evitar possíveis complicações, que podem ser identificadas de forma atempada. A maioria dos enfermeiros não respondeu corretamente às perguntas relativas à interpretação das tiras de ritmo. No entanto, a interpretação do ECG exige experiência, contudo, torna-se mais importante detetar um ritmo anómalo e a sua gravidade, do que identificar o ritmo exato.

¹⁵ https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Realizou uma revisão da literatura com o tema do autocuidado no doente cardíaco com hipertensão arterial, e aproveitando os dados colhidos, realizou-se um artigo científico (Apêndice VIII), à luz das regras definidas pela revista RIASE, com o objetivo de submeter o artigo para publicação. Esta competência permite refletir sobre os conhecimentos adquiridos ao longo da prática supervisionada.

No desempenho das funções no serviço em que presta cuidados, é responsável pela formação em serviço desde 2018, além de cooperar com as escolas de enfermagem na orientação de alunos, é para isso detentora de pós-graduação em Supervisão Clínica.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM

Os cuidados de enfermagem prestados por especialistas na área da PSC são altamente qualificados. No regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, define-se PSC como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 19362). Destaca-se que os cuidados prestados à PSC são feitos “de uma forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p.19362). Observar, colher e procurar sistematizadamente os dados, requisitos essenciais nos cuidados de enfermagem à PSC, de modo a conhecer constantemente a pessoa, prevenindo e detetando de forma precoce o deterioramento da situação, certificando uma intervenção direcionada, concreta e eficiente em tempo útil (Regulamento nº429/2018).

As competências específicas do enfermeiro especialista definidas em regulamento próprio, integram-se simultaneamente às competências comuns na área de atividade delineada para cada especialidade (Regulamento nº429/2018).

As competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC são (Regulamento nº429/2018):

- 1) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- 2) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- 3) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

As competências de mestre estão associadas às competências específicas de especialista, pelo que serão justificadas simultaneamente.

Competência de mestre nº1 e nº4 (A3es, 2015, p. 26):

– “**Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada**”.

– “**Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida**”.

Competências Específicas de Especialista - 1 (Regulamento nº429/2018, p. 19363):

– “**Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica**”.

Tendo em consideração o estado de saúde complexo da “pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (Regulamento nº 429/2018, p.19363).

Segundo Benner (2011), a prática de enfermagem em cuidados agudos e críticos é estimulante intelectual e emocionalmente, e requer a capacidade de usar conhecimentos que desenvolvam na prática um bom desempenho perante situações clínicas específicas.

Para a aquisição das referidas competências, contribuiu a realização dos estágios, onde não exerce a sua atividade profissional. O cuidar do doente crítico é complexo, pelo que é necessário despistar a instabilidade e a falência orgânica, já que o tempo útil para intervir é escasso e vai diminuindo à medida que o tempo passa. Desta forma, torna-se primordial que os enfermeiros prestadores de cuidados no SU, na UCIC e na UADCI, estejam em sintonia e com a abordagem do doente crítico bem presente, de forma a aumentar a eficácia tanto na identificação dos focos de instabilidade, como na atuação em caso emergente.

De acordo com as competências específicas do Enfermeiro especialista em EMC na área da enfermagem à pessoa crítica, o enfermeiro “Identifica prontamente focos de instabilidade; Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica” (D.R.,2018, p.19363).

A maioria dos doentes a quem prestou cuidados na UCIC e na UADCI, dispunham de meios de monitorização pressão arterial não invasiva e invasiva e respiratória contínua, o que facilitou na deteção precoce de instabilidade. A programação e ajuste de alarmes eram feitos sempre no início do turno, facilitando a sua prestação na antecipação da instabilidade respiratória ou cardíaca. Apesar de não ter ocorrido nenhuma paragem cardiorrespiratória, ou agravamento substancial do estado clínico dos doentes internados. Prestou cuidados a doentes com pacemakers externos, e doentes submetidos a Intervenção Coronária Percutânea Primária (ICPP).

Houve ocasião de fazer a admissão de um doente proveniente do exterior, em contexto de urgência para realização de ICPP por EAM com supradesnívelamento da ST. O doente foi admitido na unidade e, rapidamente foi colocado na sala de hemodinâmica para a realização do procedimento, no momento da monitorização eletrocardiográfica, foi feita uma rápida colheita de dados. Foi enriquecedor para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC ver como toda a equipa é bem coordenada num momento de pressão, onde a eficiência da comunicação é indispensável e a mobilização de aprendizagens e habilidades de modo a responder às necessidades do doente em tempo útil.

A gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, está diretamente ligado com a prática de cuidados ao doente crítico. Implicou a necessidade de aprofundar conhecimentos em relação à medicação de urgência e principalmente das complicações decorrentes da implementação desses protocolos. A implementação de protocolos terapêuticos complexos, está maioritariamente associado à dor.

O controlo da dor, foi sempre um cuidado a ter em conta, seguindo sempre os esquemas terapêuticos prescritos, e também à implementação de tratamentos não farmacológicas como medidas independentes da enfermagem. A dor pode desencadear processos de instabilidade, portanto o alívio da dor e do sofrimento no sentido do bem-estar e plenitude da pessoa são objetivos primordiais.

Esta função/competência do Enfermeiro de monitorização e vigilância do doente a fim de identificar precocemente alterações bem como agir eficazmente em situações de emergência vai ao encontro do que Benner refere na sua obra “De iniciado a Perito”.

Para Benner (2001) “(...) as funções de diagnóstico e de vigilância do doente constituem a tarefa principal da enfermeira (...) já que é ela que “passa mais tempo com o doente e que nota a maior parte das vezes os primeiros sinais” (p. 121).

O SU, é um ambiente em que se prevê que os doentes, que ali recorrem, estejam numa situação de saúde mais instável, por essa razão estas situações carecem de uma atuação eficiente e em tempo útil. É de salientar como os profissionais de saúde, estão em sintonia e trabalham com o único

propósito de salvar vidas. Lembro particularmente, do caso de uma doente com cerca de 45 anos, que acudiu ao SU com dor pré-cordial com 1 hora de evolução. Entrou diretamente para a sala de doentes críticos, onde colaborei na monitorização eletrocardiográfica, na colocação de acesso venoso, na colheita de sangue para análises e na administração de medicação para o controlo da dor. Detetado o EAM com supra ST, em menos de 5 minutos, já estava a ser observada pelo cardiologista, após a estabilização a doente foi transferida por mim, pela colega de estágio e pelo cardiologista para a unidade de cuidados intensivos, onde já era esperada para ser preparada para a fibrinólise. Apesar de estar fora do país de origem, falando outra língua, a comunicação foi considerada eficaz, tranquilizando e ouvindo as preocupações da doente.

O enfermeiro ao estabelecer uma comunicação adequada, desenvolve o que está definido pela OE como Padrão de Qualidade do Enfermeiro Especialista em PSC, no primeiro enunciado descritivo: Satisfação do Cliente. O enfermeiro especialista deve-se: empenhar, de modo a reduzir a experiência negativa na PSC, provocada pelas alterações do ambiente inevitáveis pela necessidade do processo de assistência; gerir a comunicação interpessoal e a informação à pessoa/família em relação à complexidade dos processos de doença crítica e ou falência orgânica vividos; implementar técnicas de comunicação que facilitem a relação terapêutica em pessoas em situação crítica (OE,2017).

Competências Específica de Especialista – 2 (Regulamento nº429/2018, p. 19363):

– “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”.

A competência refere que numa “situação de emergência, exceção e catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime”. (Regulamento nº 429/2018, p.19363)

O International Council of Nurses (2009) revela a pertinência dos enfermeiros na atuação em situações de crise, uma vez que detêm conhecimentos, competências e habilidades para ajudar doentes e família. “Durante uma crise, além de fornecer cuidados diretos em resposta às necessidades fisiológicas urgentes do doente, o enfermeiro deve preparar e coordenar múltiplos aspectos do ambiente” (Benner, 2011, p. 169)¹⁶.

¹⁶ “During a crisis, in addition to providing direct care in response to the patient’s urgent physiological needs for intervention, the nurse must be also prepare, orchestrate, and coordinate multiple aspects of the environment.” (Benner, 2011:169)

Em conversa agendada com a Enfermeira responsável pela Gestão do Risco do serviço, esta expôs o trabalho desenvolvido por este gabinete, informada do plano de emergência interna do serviço, e dos protocolos a aplicar em caso de catástrofe, bem como dos procedimentos de evacuação dos doentes, e as funções de cada um dos intervenientes. Está afixado ao longo do hospital o protocolo de emergência interna, não só para os profissionais, mas para conhecimento dos utentes frequentadores do hospital, para uma atuação eficiente e em tempo útil em conformidade com o planeado.

As noções da pertinência de prevenir, do planeamento, da segurança e de gestão de risco, são vistas como necessárias para uma ação estruturada, organizada, útil e eficaz por todos os profissionais da instituição, que venha a estar, casualmente, afetada por uma crise, não podendo haver lugar para improvisar, hesitar ou duvidar (DGS, 2010a).

Durante o ensino clínico, não se registou nenhuma situação de emergência ou catástrofe, pelo que não observou a dinâmica, organização e prontidão das respostas das equipas numa situação desta amplitude.

O desenvolvimento destas competências, foi ao nível da observação e procura de documentação relativamente à resposta e organização dos serviços em caso de catástrofe, exceção e emergência.

Competências Específica de Especialista – 3 (Regulamento nº429/2018, p. 19364):

– “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.

Esta competência é desenvolvida aos longo de toda a prática supervisionada, mas também na prática profissional, tendo como objetivo principal a segurança do doente e reduzir o risco de adquirir uma Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS).

A IACS é uma infeção contraída pelo doente como resultado da prestação de cuidados de saúde, e que pode, inevitavelmente afetar igualmente os profissionais de saúde durante a prática da sua atividade (DGS, 2017a).

Apesar se ser um tema bastante trabalhado nos hospitais, existe ainda uma alta taxa de incidência de IACS, são tratados de diferentes formas, de acordo com: o risco, a frequência, a gravidade, a mortalidade e os custos. Para isso, recorreu ao Plano Nacional de Controlo de Infecção e à Enfermeira responsável pelo controlo de infeção do serviço, a fim de perceber as ações e preocupações relativamente este tema.

Os doentes internados na UCIC estão muitas vezes colonizados, exigindo isolamento de contato, a infeção mais frequente é o MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à metilina), foi possível prestar cuidados a estes doentes, e constatar que os isolamentos são devidamente respeitados. O grande problema aqui verificado deve-se à estrutura do serviço ser *open space*, e o isolamento de contato confina-se a uma cortina fechada a indicar o isolamento, no entanto as práticas dos enfermeiros estão dentro das normas.

Com Portugal a aderir à Campanha de Higiene das Mãos recomendada pela OMS, a supervisão da higienização das mãos iniciou-se em 2009 nas entidades de saúde. O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), em 2014, promoveu o início das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). As PBCI são traduzidas em normas de boas práticas devendo ser praticadas por todos os profissionais de saúde na prestação de cuidados, minimizando e controlando o risco de infeção e a transmissão cruzada (DGS, 2017a).

As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos na prestação de cuidados aos doentes. Esta transmissão pode ocorrer por meio das mãos dos profissionais para os doentes, e entre os próprios doentes. Daí a relevância de higienizar as mãos sempre que o risco de transmissão de microrganismos pelas mãos dos profissionais de saúde possa pôr em causa a segurança de todos (DGS, 2010b).

Através da World Alliance for Patient Safety, da OMS, surge a Campanha Nacional de Higiene das Mãos, proposta, no seu 1º desafio “*Clean Care is Safer Care*”. O propósito desta campanha é a promoção da prática da higiene das mãos de forma uniformizada, abrangente e suportada, de modo a contribuir para a redução da incidência das IACS e controlar a resistência dos microrganismos aos antibióticos, através da consciencialização dos profissionais de saúde à adoção de práticas da higiene das mãos (DGS, 2012).

Durante a prática supervisionada, e sendo já um hábito no âmbito profissional, usou sempre EPI, ao prestar cuidados aos doentes, adequados a cada situação, de forma a prevenir a IACS, e a estabelecer os procedimentos necessários perante os isolamentos de contato.

Competência de mestre nº7 – “Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (A3es, 2015, p. 26).

De acordo com tudo o que foi explanado anteriormente, e tendo como adquiridas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, conclui que esta competência foi adquirida.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Chega o momento de analisar o processo de avaliação e destacar os pontos mais importantes durante o caminho percorrido durante os ensinamentos clínicos, tendo por base o cronograma elaborado e as intervenções planeadas no projeto de estágio.

Analisando reflexivamente o cronograma planeado no projeto de estágio, considera que os prazos foram cumpridos, à exceção deste documento que se está a elaborar, por vivermos uma situação de exceção a nível mundial, onde os nossos esforços tiveram de ser canalizados para ajudar quem mais precisa nesta pandemia.

Fixar datas concretas para a realização das atividades poderia ser desafiador, mas de certa forma também estimulante para conseguir cumprir os prazos. No entanto, existiam atividades planeadas que dependiam de terceiros, pelo que o cronograma é pouco detalhado.

Foi desafiador conseguir conciliar a atividade profissional com a atividade formativa, desta forma, mensalmente foi delineando as atividades a desenvolver, para assim as conseguir cumprir.

Os estágios decorreram em duas épocas, a primeira no SU do HUB durante 6 semanas, e o outro na UCIC e na UADCI no HESE durante 18 semanas.

O estágio no SU, foi de extrema importância, pelo fato de ser um hospital de referência, e as aprendizagens no que respeita ao doente crítico serem enriquecedoras, foi uma experiência única podendo prestar cuidados à PSC em várias valências.

Na UCIC e na UADCI, prestou os cuidados ao doente crítico, e todas as competências ligadas à gestão e implementação da estratégia de intervenção major. Conciliou a prática supervisionada e a colheita de dados para a estratégia de intervenção, nas últimas 7 semanas do estágio.

No decorrer do estágio foram realizados diversos momentos de avaliação informal com as enfermeiras supervisoras, e sempre que necessário foi mantido o contato com a professora para reflexão do percurso já efetuado. Foram efetuados 3 momentos de avaliação formal com a presença da enfermeira orientadora da escola.

Segundo Ruivo (2010,)), na avaliação de um projeto identificam-se diversos momentos. Desta forma, “serão abordadas a avaliação intermédia/depuração, realizada em simultâneo com a execução do projecto, e a avaliação final do mesmo, com a avaliação do processo e produto do Projeto”. Sendo

a avaliação contínua, permite “facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como análise dos resultados” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 24).

Como análise reflexiva final considera ter alcançado os objetivos inicialmente delineados, desenvolvendo competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e de mestre.

6. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório, que teve o seu início com a concretização do projeto de estágio e termina com a sua redação, revelou-se uma atividade deveras importante, não só porque conclui um ciclo formativo, mas também porque permitiu analisar e refletir criticamente sobre a trajetória feita durante as atividades e intervenções realizadas no contexto das práticas supervisionadas.

Foram 550 horas de estágio vividas intensamente, divididas por locais de estágio distintos, permitindo a procura incessante de novos conhecimentos com a ajuda de profissionais altamente habilitados quer a nível de saberes técnico-científicos, quer a nível relacional.

Convicta de ter adquirido e desenvolvido as competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidar da PSC e de mestre em enfermagem, habilitando-a para prestar cuidados diferenciados e de excelência, adequados às necessidades da pessoa/família em situação crítica.

A enfermagem enfrenta atualmente tempos de mudança, que apesar do avanço técnico-científico, as necessidades e a complexidade dos cuidados prestados são cada vez mais reivindicados, exigindo-lhe a excelência da prática baseada nas evidências científicas. Encarrega-se de um papel fundamental pelo respeito, pela proteção e pela promoção dos direitos das pessoas de quem cuida, e deve ter como preocupação *major* a necessidade dos doentes desenvolverem o autocuidado, de forma a sustentar a vida e a saúde, possibilitando a implementação de intervenções e estratégias, com a finalidade de tornar os hipertensos autónomos no tratamento e capazes de autogerir a doença para a prevenção de complicações.

Através da estratégia de intervenção *major* realizada, possibilitou avaliar o autocuidado do doente cardíaco com HTA, através de um instrumento devidamente traduzido e culturalmente adaptado à população portuguesa.

Determinando o nível de conhecimento que cada pessoa tem sobre a sua HTA, pode permitir redefinir as melhores intervenções para promover a saúde e prevenir a doença, de modo, a tornar as pessoas participantes ativos no autocuidado da sua tensão arterial.

Portanto, apresentaremos aqui as principais conclusões, as limitações encontradas, os pontos fortes da investigação, e algumas recomendações para futuras investigações na área.

Ao concluir o estudo, verificamos que a amostra não demonstra capacidade adequada para o autocuidado, sendo menos adequado na manutenção e gestão do autocuidado. Isto demonstra o grande caminho a ser feito por parte dos enfermeiros, no âmbito da educação para a saúde.

Constatamos que existem dimensões do autocuidado onde a adesão é elevada, nomeadamente na atenção a tomar corretamente os medicamentos prescritos, e na assiduidade às consultas com o médico. Existem outras onde tal não se verifica particularmente no quesito da atividade física e do controlo do peso corporal.

Os intervenientes com idades compreendidas entre os 71 e os 80 anos são os que estão mais confiantes na gestão e manutenção da sua tensão arterial, comprovando o que os autores (Madeira, 2015; Polónia *et al.*, 2014 e Prior *et al.*, 2001) dizem, existe uma relação entre os conhecimentos sobre a HTA e a faixa etária dos utentes, não querendo dizer que os utentes mais idosos detêm menos conhecimentos. Os conhecimentos que a pessoa hipertensa tem sobre a sua doença faz parte do sucesso terapêutico. Por outro lado, existe o problema da HTA ser maioritariamente uma doença silenciosa, que leva muitas vezes as pessoas a não realizar e não valorizar o autocuidado.

Com a tradução desta escala esperamos que possa contribuir para um maior investimento nesta área e fazer a diferença para promover a saúde e prevenir a HTA, nomeadamente para se poder saber da maior ou menor eficácia das estratégias estabelecidas, e principalmente para fundamentar novas estratégias de saúde e orientações aos seus profissionais.

A finalidade deste projeto é contribuir para promover o autocuidado do doente cardíaco com HTA, uma vez que esta é uma condição cada vez mais prevalente numa população cada vez mais envelhecida. Urge promover medidas de estilo de vida saudáveis de modo a reduzir e retardar o aparecimento desta doença e das suas principais complicações, sem descuidar o conforto e a qualidade de vida da pessoa e da família (SPH, 2018).

No tratamento do indivíduo hipertenso, a par do controlo tensional deve estar presente uma abordagem que identifique o risco cardiovascular desse indivíduo e as possíveis estratégias de intervenção que o possam diminuir, quer através da mudança de estilos de vida, quer pela introdução de terapêuticas farmacológicas (Pereira, 2010).

Devemos considerar como limitações do nosso estudo a dificuldade em encontrar estudos desta temática, e não haver estudos efetuados em Portugal, o que condicionou muitas vezes o entendimento dos resultados.

A principal limitação, poderá ser além do tamanho da amostra, as características sociodemográficas muito similares, e o contexto onde decorreu o estudo, condicionando o estabelecimento de relações significativas entre as variáveis envolvidas, pelo que teria todo o interesse conseguir chegar a outros utentes, em contextos diferentes e com faixas etárias mais alargadas.

Os testes feitos mostram que a EA-HA traduzida para a população portuguesa é confiável e válida, como instrumento de avaliação do autocuidado nos domínios da manutenção, gestão e confiança.

Este é um instrumento relativamente novo que se beneficiaria com mais testes (Dickson, 2017). O enfermeiro, através da consulta de enfermagem, poderá desenvolver trabalho que culmina com a melhoria da qualidade de vida, por intermédio da educação sobre a importância que os comportamentos no estilo de vida diária podem desempenhar na prevenção e tratamento da sua doença, preparando o utente para o autocuidado como parte da vida, necessário para o seu bem-estar.

Este terá inevitavelmente lacunas e imperfeições das quais temos plena consciência, no entanto, a utilização deste instrumento pode ser uma mais valia na prática clínica, podendo ser utilizados por enfermeiros em consulta, manifestando-se em ganhos para a saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A3ESES, (2015). NCE/14/01772 - Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos
- Ademe, S., Aga, F. & Gela, D. (2019). Hypertension self-care practice and associated factors among patients in public health facilities of Dessie town, Ethiopia. *BMC Health Serv Res* 19, 51. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3880-0>
- Alligood, M. (2018). Modelos y teorías en enfermería. 9ª Edição. Elsevier España. ISBN: 978-84-9113-339-1. (98-114)
- American Psychological Association [APA] (2015). Manual de publicação da American Psychological Association (6ª edição). Porto Alegre, Brasil: Penso Editora.
- Amorim, L., Caldas, P. & Roca, S. (2019). Perfil dos valores de tensão arterial em indivíduos submetidos a mapa em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 72, 12-16
- AESES. (2016). Regulamento de estágio final e relatório do Mestrado em Enfermagem.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra, Portugal. Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X
- Benner, P.; Kyriakidis, P.; Stannard, D. (2011). Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care – A Thinking – in – Action – Approach, 2ª edição. ISBN: 978-0-8261-0573-8
- Costa, Y. F.; Araújo, O. C.; Almeida, L. B. & Viegas, S.M. (2014). O Papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistémica: revisão integrativa da literatura. Artigo de Revisão. *O Mundo da Saúde*. 38 (4), 473-481. DOI: 10.15343/0104-7809.20143804473481
- Deontologia Profissional dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf>
- Diário da República - Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto. Aprova o Regime Jurídico dos Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. Diário da República, 1ª Série, -n.º 151/7 de agosto de 2013.

- Diário da República - Diário da República. Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020. 2.ª série — N.º 28 /10 de fevereiro de 2015
- Diário da República - Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Graus académicos e diplomas do ensino superior. Artigo 15.º Grau de mestre. Republicação do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. Diário da República, 1ª Série, -n.º 157/16 de agosto de 2018.
- Diário da República - Regulamento nº 743/2019 - Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Publicado em Diário da República, 2ª série – Nº. 184/25 de setembro de 2019. Disponível: <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Dickson, V., Lee, C., Yehle, K., Abel, W. & Riegel, B. (2017). Psychometric Testing of the Self-Care of Hypertension Inventory. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(5), 431-438. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000364>
- Ding, W., Li, T., Su, Q., Yuan, M. & Lin, A. (2018). Integrating factors associated with hypertensive patients' self-management using structural equation modeling: a cross-sectional study in Guangdong, China. *Patient Preference and Adherence*. 2169–2178.
- Direção Geral de Saúde - DGS. (2006). Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Circular Normativa Direção Geral de Saúde. Nº 03/2006, atualizado a 06/02/2006.
- Direção Geral de Saúde - DGS. (2010a). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Norma Direção Geral de Saúde. Nº 07/2010.
- Direção-Geral da Saúde – DGS. (2010b). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Circular Normativa Nº 13, 1, 44*.
- Direção-Geral da Saúde – DGS. (2012). Precauções Básicas de Controlo de Infecção, Lisboa. Portugal.
- Direção Geral de Saúde - DGS. (2013a). Hipertensão Arterial: definição e classificação. Departamento da Qualidade na Saúde. Norma Direção Geral de Saúde. Nº 20/2011, atualizado a 19/03/2013
- Direção Geral de Saúde - DGS. (2013b). Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. Departamento da Qualidade na Saúde. Norma Direção Geral de Saúde. Nº 26/2011, atualizado a 19/03/2013
- Direção Geral de Saúde - DGS. (2017). Abordagem Terapêutica das Dislipidémias no Adulto. Departamento da Qualidade na Saúde. Norma Direção Geral de Saúde. Nº 19/2011, atualizado a 11/05/2017

- Direção Geral da Saúde – DGS. (2017a). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa. Direção-Geral da Saúde. ISSN: 2184-1179
- Direção Geral da Saúde – DGS. (2017b). Programa Nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares. Ministério da saúde. Direção-Geral da Saúde.
- Erkoc, S.; Isikli, B., Mentitas, S. & Kalyoncu, C. (2012). Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS): A Study on Development, Validity and Reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 1018-1029. doi:10.3390/ijerph9031018
- Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R. (2016). Literacia em Saúde em Portugal. Relatório Síntese. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, Portugal. ISBN: 978-989-8807-27-4
- Fava, S.; Figueiredo, A.; Franceli, A.; Nogueira, M. & Cavalari, E. (2010). Diagnóstico de enfermagem e proposta de intervenções para clientes com hipertensão arterial. *Revista de enfermagem. UERJ* ; 18(4), 536-540
- Fonseca, L. (2015). Educação em Saúde para o Autocuidado em pessoas com Hipertensão Arterial Sistémica: Uma Revisão Integrativa da Literatura. Universidade Federal de Minas Gerais.
- Fortin, M. F. (1999) O processo de investigação: da concepção à realidade. Lusociência. Loures. Portugal. ISBN: 972-8383-10-X
- García, C; Gómez-García, C. & Antón, F. (2011) La comunicación interprofesional desde la cultura organizacional de la enfermería asistencial. Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería Humanidades.;31:85-92
- Gobierno de Extremadura. (2013). Plan de Salud de Extremadura 2013-2020. Disponível em: https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContent/PLAN%20DE%20SALUD%20DE%20EXTREMADURA%202013-2020.pdf
- Han, H., Lee, H., Commodore-Mensah, Y. & Kim, M. (2014). Development and Validation of the Hypertension Self-care Profile: A Practical Tool to Measure Hypertension Self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 29 (3). DOI:10.1097/JCN.0b012e3182a3fd46
- Hernández, Y., Pacheco, J. & Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*. Universidad de ciencias médicas Sancti Spíritus. 19 (3). ISSN 1608 - 8921
- International Council Of Nurses (2006). Dotações seguras salvam vidas. Genebra. ISBN: 9295040449. Institute of Medicine – IOM. (2013). Integrating Health Literacy with Health Care

- Performance Measurement. *Perspectives*. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC. <https://doi.org/10.31478/201307f>
- Madeira, T. R. (2015). Conhecimento dos Portugueses sobre a Hipertensão Arterial. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Portugal.
- Mills, K. T.; Bundy, J. D.; Kelly, T. N.; Reed, J. E.; Kearney, P.M.; Reynolds, K. (2018). American Heart Association. *Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control*. Volume 134 (6), 441-450. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912>
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde. Lisboa. Portugal ISBN: 978-989-99480-1-3
- Moura, A & Nogueira, M. (2013). Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. *Journal of Management and Primary Health Care*, 4 (1), 36-41
- Moreira, C., Alcântara, P., Alcântara, C., Nicolau, V., Escoval, A. & Braz-Nogueira, J. (2019). Hipertensão Arterial (HT) – Uma doença em progressão. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 72, 20-25
- Neves, I. (2007). A formação Prática e a Supervisão da Formação. Saber (e) Educar.
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. ISBN: 978-989-98206-1-6
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Dotações Seguras Salvam Vidas. acedido em 6 de Março de 2011 de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf.
- Ordem Enfermeiros. (2017). Padrões De Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº 429/2018: Regulamento de Competência específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República, 2ª série. nº 135, 19359-19364*
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª série, nº26, 4744-4750*.
- Organização Mundial de saúde – OMS. (1998). Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization. Disponível: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

- Perdigão, C. (2009). Prevenção Cardiovascular, estratégias populacionais e estratégias individuais. *Revista Fatores de Risco*, 12, Ano 3, 6-8. ISSN 1646-4834
- Pereira, S. (2010). Abordagem do Risco Cardiovascular no doente hipertenso. *Acta Médica Portuguesa*, 23 (2), 223-226.
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito central da Enfermagem. Formasau – Formação e Saúde, Lda. Coimbra. Portugal. ISBN:978-989-8269-17-1
- Polónia, J.; Ramalhinho, V.; Martins, L. & Saavedra, J. (2006). Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25 (6), 649-660.
- Polónia, J.; Martins, L.; Pinto, F. & Nazaré, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *Journal of Hypertension*. (32). 1211-1221. Doi:10.1097/HJH.0000000000000162
- Prior, C., Baía, H., Martins, M., Lopes, T. & Vieira, R. (2001). Hipertensos: Que conhecimentos? Que atitudes? *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 17:47-55
- Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 3, 157-164. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Ramos, C., Jesus, L., Souto, A. & Santos, A. (2019). Conhecimentos dos utentes com hipertensão arterial de uma unidade de saúde familiar sobre a sua patologia. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV – n.º 23, 41-48. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIV19052>
- Regulamento do exercício Profissional do Enfermeiro – REPE. Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro. Com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril.
- Regulamento n.º 743/2019- Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2ª série, n.º 184/2019 de 25 de setembro. Lisboa.
- Reveles, A. (2015). Prevenção secundária da doença cardiovascular na pessoa com Síndrome Coronária Aguda: Um programa de intervenção de enfermagem. (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Riegel, B., Dickson, V., Faulkner, K. (2016). The situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 31(3), 226-235.

- Riegel, B., Jaarsma, T. & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*. 35(3), 194-204.
- Rodrigues, A., Gaio, V., Kislaya, I., Graff-Iversen, S., Cordeiro, E., Silva, A., Namorado, S., Barreto, M., Gil, A., Antunes, L., Santos, A., Pereira-Miguel, J., Nines, B. & Matias-Dias, C. (2017). Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do primeiro inquérito nacional com exame físico (INSEF 2015). *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Observações _ Boletim Epidemiológico*. 2ª série, nº.9, 11-14.
- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Santos, Z. (2011). Hipertensão Arterial – Um Problema de Saúde Pública. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 24 (4), p. 285-286.
- Silveira, C., Maria, M., Dickson, V., Ávila, C., Rabelo-Silva, E. & Vellone, E. (2020). Validity and reliability of the self-care of hypertension inventory (SC-HI) in a Brazilian population. *Heart & Lung*. Elsevier. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.02.048>
- Simões, J.; Alarcão, I. & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*. II série, nº6. junho.
- Sistema Extremeño de Salud. (2014). Plan Estratégico 2014-2018: La gestión es de todos. Gerencias de las Áreas de Salud de Badajoz y Llerena-Zafra. Disponível em: http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/area/plan_estrategico_2014_2018.pdf
- Sistema Extremeño de Salud. (2017). Presentación de la APP urgências del SES. Disponível em: <https://saludextremadura.ses.es/web/publicationDetail?idItem=5082>
- Sistema Extremeño de Salud. (2018). Memoria de Actividad y Científica del Área de Salud de Badajoz. Disponível em: https://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/memorias_anuales/MEMORIA_AREA_SALUD_BADAJEZ_2018v4.pdf
- Soares, S. (2019). Supervisão em Ensino Clínico: proposta teórica. 10.13140/RG.2.2.13584.97289.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão - SPH. (2014). Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. *Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial* (39), pp. 1-92. ISSN: 1646-8287.

- Sociedade Portuguesa de Hipertensão - SPH. (2018). Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular *Caracterização de Pacientes Hipertensos num Coorte com Base nos Cuidados de Saúde Primários na Região de Aveiro* (65), pp. 1-23.
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão - SPH. (2020). Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. *Guidelines de 2018 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial* (76), pp. 1-111. ISSN: 1646-8287.
- Uva, M.; Victorino, P.; Roquette, R.; Machado, A.; & Dias, C. (12 de agosto de 2014). Revista Portuguesa de Cardiologia. *Investigação epidemiológica sobre prevalência e incidência de hipertensão arterial na população portuguesa - uma revisão de âmbito*, pp. 451-463.
- World Health Organization – WHO. (2013). A global brief on Hypertension: silent killer, global public health crisis. Document number: WHO/DCO/WHO/2013.2

APÊNDICES

Apêndice I – **Projeto de Estágio**



3.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica
Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Docente: Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques
Enfermeira Orientadora: Enfª Fernanda Gouveia da Silva; Enfª Márcia Fonseca Vicente

PROJETO INDIVIDUAL: UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIACOS E UNIDADE HEMODINÂMICA

Discente:
Carla Gonçalves Moro n.º15477

**Setembro
2019**

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica
Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Docente: Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques
Enfermeira Orientadora: Enª Fernanda Gouveia da Silva; Enª Márcia Fonseca Vicente

PROJETO INDIVIDUAL:
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACOS E UNIDADE HEMODINÂMICA

Discente:
Carla Gonçalves Moro n.º15477

Setembro
2019

Projeto Individual: Unidade Cuidados Intensivos e Unidade Hemodinâmica

Índice

INTRODUÇÃO.....	5
1-EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL.....	6
2-CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACOS.....	7
3-AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	8
3.1-COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	8
3.2-COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	13
CONCLUSÃO.....	17
BIBLIOGRAFIA.....	18

Projeto Individual: Unidade Cuidados Intensivos e Unidade Hemodinâmica

Índice de Tabelas

Tabela n.1- Competências comuns do enfermeiro especialista.....	9
Tabela n.2- Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica.....	14

Projeto Individual: Unidade Cuidados Intensivos e Unidade Hemodinâmica

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, na unidade curricular Estágio Final, no qual é proposto a elaboração de um Projeto Individual, que é elemento de avaliação da referida unidade curricular, que contribui para o meu desenvolvimento não só profissional, mas também pessoal.

Na formação em enfermagem, o Estágio torna-se importante "para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão das práticas". (Simões, Alarcão e Costa, 2008:93). Portanto, o local de estágio deve ser um local de aprendizagens propício para o desenvolvimento de competências especializadas nesta área, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação de processos, conduzindo ao desenvolvimento de boas práticas.

A realização de um projeto consiste em delinear a planificação de um caminho a percorrer num campo de estágio que foi escolhido por nós, na realização de um projeto têm que ser traçados objetivos de forma a ser atingidos.

Podemos considerar que o projeto "baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégia e intervenções eficazes para a sua resolução" (Ruivo, Nunes, & Ferrito, 2010: 2).

Assim, consiste em descrevê-lo de acordo com uma problemática identificada, no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, sustentada na aplicação da metodologia de trabalho de projeto. E refletir criticamente acerca da aquisição e desenvolvimento de aprendizagens e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Estágio Final é desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos e Unidade Hemodinâmica do Hospital Espírito Santo de Évora.

Como objetivo geral deste projeto pretendo desenvolver competências específicas no cuidar à Pessoa em Situação Crítica no contexto da especialidade Médico-Cirúrgica.

Como objetivos específicos pretendo:

- Prestar cuidados de enfermagem de nível especializado à pessoa e sua família, de acordo com cada situação específica, tendo por base cuidados atualizados e de maior evidência.
- Definir objetivos e ações a desenvolver na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos e Unidade de Hemodinâmica, segundo as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.
- Dar resposta ao instrumento de avaliação da unidade curricular Estágio Final.

Este trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico e foi elaborado utilizando como norma de referência a APA - American Psychological Association (6ª edição).

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

5

Projeto Individual: Unidade Cuidados Intensivos e Unidade Hemodinâmica

1. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Iniciei o meu percurso académico na Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias em Lisboa, entre 2003 e 2007, tendo obtido o grau académico de Licenciatura em Enfermagem.

Ao fim de 1 mês de ter concluído a Licenciatura, fui chamada para uma entrevista com avaliação curricular, pelo que fiquei colocada na ULSNA (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano), e em 11 de junho de 2007, iniciei funções como enfermeira no serviço de Cirurgia Geral no Hospital de Santa Luzia de Elvas, onde mantenho funções até hoje.

Foi-me dado um grande voto de confiança ao ter a oportunidade de supervisionar alunos de enfermagem, pelo que senti necessidade de adquirir novos conhecimentos, pelo que frequentei em 2012 a Pós-Graduação em Supervisão Clínica, de modo a garantir a qualidade do processo de acompanhamento e o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais.

Sou também responsável desde o início de 2018 pela formação em serviço, a formação é um processo contínuo, que acompanha o indivíduo ao longo de toda a sua história de vida, permite a obtenção das qualificações necessárias, além da necessidade de aperfeiçoamento das competências e de reciclagem de conhecimentos, visa colmatar as necessidades de formação dos enfermeiros e promover o desenvolvimento de competências nos contextos e para os contextos de trabalho.

Devido a esta necessidade de formação, aperfeiçoamento de conhecimentos e a aquisição de novas competências, candidatei-me ao curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica.

Projeto Individual: Unidade Cuidados Intensivos e Unidade Hemodinâmica

2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACOS

A escolha da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) para a realização do Estágio Final, prende-se com a necessidade de aquisição de novos conhecimentos e competências inerentes ao Enfermeiro Especialista. Esta unidade encontra-se inserida no serviço de Cardiologia no piso 5 do Hospital Espírito Santo de Évora, e desenvolve a sua atividade tendo como objetivo prestar assistência com a máxima garantia científica e técnica, diminuir os riscos e aumentar a segurança dos pacientes e trabalhadores, e a uniformização dos cuidados.

O Serviço de Cardiologia conta com o espaço de internamento, UCIC, Técnicas Complementares de Cardiologia, Unidade de Hemodinâmica, Consultas Externas e assegura a Urgência Cardíaca sete dias na semana. Este é o serviço de referência do Alentejo, com articulação com os outros serviços e unidades funcionais do hospital, e com os vários Hospitais da Região Alentejo.

A UCIC é composta por 6 unidades, cada uma tem, monitores de avaliação de sinais vitais, monitorização cardíaca e respiratória, seringas infusoras, rampas de oxigénio e vácuo, ventilador e equipamento para ventilação não invasiva. Tem possibilidade de monitorização invasiva ligadas a uma telemetria central, podendo ser visualizado no monitor do computador não só a monitorização continua dos 6 doentes da UCIC, mas permitem também ver a monitorização de 10 doentes do serviço de internamento.

O balcão de enfermagem está localizado estrategicamente no centro, de forma a ter uma visão privilegiada e completa das 6 unidades que ficam dispostas à sua volta.

Na UCIC prestam cuidados 2 enfermeiros por turno, tendo sempre o apoio do médico Cardiologista.

Temos também oportunidade de fazer horas de estágio na Unidade de Hemodinâmica, situada no piso 0 do Hospital espírito Santo, e acompanhar o tratamento de doentes com problemas cardíacos, permitindo a realização de angioplastias primárias em casos urgentes, que posteriormente ficam pelo menos 24h internados na UCIC.

3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o REPE o enfermeiro especialista é:

"... o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade"

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

É esperado do enfermeiro especialista um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades aprofundados em relação ao enfermeiro de cuidados gerais. No fundo, penso que tudo se resume à aquisição de competências clínicas especializadas, que decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

As competências comuns são *"competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade..."* (Diário da República, 2019:4745) e são as seguintes:

- Competências no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- Competências no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade;
- Competências no Domínio da Gestão dos Cuidados;
- Competências no Domínio do Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional.

Desta forma, ao realizar o Estágio Final pretende-se descrever as atividades que por mim devem ser desenvolvidas, durante o contexto clínico, para a aquisição das competências que são esperadas que o enfermeiro especialista atinja no final do curso de especialização. (Tabela 1)

Projeto Individual: Unidade Cuidados Intensivos e Unidade Hemodinâmica

Competências comuns do Enfermeiro Especialista	Ações Planeadas	Avaliação
<p>Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</p> <p>A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.</p> <p>A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<p>-Demonstrar a tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.</p> <p>-Participar nos processos de tomada de decisão ética na área de especialidade.</p> <p>-Promover a proteção dos direitos humanos</p> <p>-Participar nas práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</p>	<p>-Participa na construção da tomada de decisão em equipa.</p> <p>-Participa na tomada de decisão na observância da deontologia profissional.</p> <p>-Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos e na Unidade de Hemodinâmica.</p> <p>-Promove a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional.</p> <p>-Promove o respeito pelo direito do cliente à privacidade.</p> <p>-Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.</p> <p>-Promove uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</p>
<p>Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</p> <p>B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das</p>	<p>-Mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p>	<p>-Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua.</p>

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

Projeto Individual: Unidade Cuidados Intensivos e Unidade Hemodinâmica

<p>iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.</p> <p>B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<p>-Orientar projetos institucionais na área da qualidade.</p> <p>-Participar na qualidade das práticas clínicas</p> <p>-Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p>	<p>-Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.</p> <p>-Demonstra evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade.</p> <p>-Promove a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo</p> <p>-Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais</p> <p>-Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.</p> <p>-Coopera na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.</p>
<p>Domínio da gestão dos cuidados</p> <p>C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde</p>	<p>-Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão</p>	<p>-Colabora nas decisões da equipa de saúde</p> <p>-Reconhece quando é necessário referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde</p> <p>-Orienta a decisão relativas às tarefas a delegar</p>

Projeto Individual: Unidade Cuidados Intensivos e Unidade Hemodinâmica

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	-Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados	-Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente -Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade -Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. -Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática.
Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.	-Ter consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. -Gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	-Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar -Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. -Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente -Atua eficazmente sob pressão -Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade -Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos
D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	-Responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho	-Diagnostica necessidades formativas junto ao Enfermeiro Supervisor e Enfermeira Orientadora

Projeto Individual: Unidade Cuidados Intensivos e Unidade Hemodinâmica

	-Avaliar o impacto do projeto desenvolvido	- Participa em ações de formação em serviço como formador -Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros -Desenvolve o projeto de acordo com as fases da metodologia de projeto -Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados -Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada -Avalia o projeto implementado
--	--	--

Tabela n.1-Competências comuns do enfermeiro especialista

Projeto Individual: Unidade Cuidados Intensivos e Unidade Hemodinâmica

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

É esperado que o enfermeiro especialista, considerando a complexidade das situações e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, mobilize conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil de forma holística.

As competências específicas do enfermeiro especialista são decorrentes das competências comuns, num campo de atuação definido por cada especialidade, através de um elevado nível de adequação às necessidades de saúde das pessoas. Neste ponto de vista, o enfermeiro especialista deve aprofundar conhecimentos e adquirir competências num domínio específico da enfermagem, de forma a obter uma profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde e doença dessa área de atuação.

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica a avaliação diagnóstica e monitorização são constantes e revelam uma importância máxima.

Seguidamente irei descrever as atividades que por mim devem ser desenvolvidas, segundo as competências específicas do enfermeiro especialista durante o contexto clínico. (Tabela 2)

Projeto Individual: Unidade Cuidados Intensivos e Unidade Hemodinâmica

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica	Ações Planeadas	Avaliação
1-Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	<p>1.1-Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica na UCIC</p> <p>1.3-Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.</p>	<p>1.1.1-Identifica prontamente focos de instabilidade;</p> <p>1.1.2-Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade;</p> <p>1.1.3-Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica;</p> <p>1.1.4-Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma.</p> <p>1.3.1-Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar;</p> <p>1.3.2-Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;</p> <p>1.3.3-Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor;</p> <p>1.3.4-Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor;</p> <p>1.3.5-Demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia.</p>

Projeto Individual: Unidade Cuidados Intensivos e Unidade Hemodinâmica

	1.4-Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde	1.4.1-Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica; 1.4.2-Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”; 1.4.3-Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica
2-Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	2.1-Cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.	2.1.1-Salvaguarda condições de segurança; 2.1.2-Adequa resposta em situação de trauma; 2.1.3-Realiza triagem primária e secundária; 2.1.4-Proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas; 2.1.5-Assegura meios de evacuação e transporte; 2.1.6-Garante a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis.
3-Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	3.1-Conhecer o plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	3.1.1-Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção; 3.1.2-Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção;

Projeto Individual: Unidade Cuidados Intensivos e Unidade Hemodinâmica

		3.1.3-Estabelece as estratégias pró - ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos do serviço
--	--	--

Tabela n.2- Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica

Projeto Individual: Unidade Cuidados Intensivos e Unidade Hemodinâmica

CONCLUSÃO

Inicialmente foi-me proposto a realização de um Projeto Individual onde foram traçados objetivos com as respetivas ações de acordo com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica que se pretendem atingir.

Neste período de aprendizagem e com o intuito de reconhecer e evidenciar as competências condizentes à obtenção do grau de especialista, procura-se fazer uma avaliação autocrítica e reflexiva do desempenho, identificando as competências adquiridas no percurso profissional e formativo.

Os enfermeiros estão cada vez mais empenhados a progredir, no sentido de prestar cuidados de alta qualidade, que respondam às necessidades da sua população alvo. O Enfermeiro enfrenta atualmente tempos de grandes mudanças, em que as necessidades de cuidados e a prestação dos mesmos são cada vez mais complexos e, em que cada vez mais lhe é exigido excelência na sua prática. Em suma, o que se espera dos profissionais de enfermagem é a prática de uma Enfermagem Avançada, que permitirá a tomada de decisões fundamentadas, baseadas nas evidências científicas.

Tendo em conta a caracterização do serviço, tracei objetivos para serem atingidos, ambicionando que este projeto seja o ponto de partida para desenvolver conhecimentos e competências, utilizando metodologias de referência para esta atuação, de forma a promover a melhoria dos cuidados de enfermagem através de um processo contínuo de melhoria da qualidade, com base na evidência científica recente, promotora da qualidade e segurança dos doentes, como futura Enfermeira Especialista.

Projeto Individual: Unidade Cuidados Intensivos e Unidade Hemodinâmica

BIBLIOGRAFIA

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, n.º26, 4744-4750.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Artigo 4º, n.º3.

Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38.

Simões, J.; Alarcão, I. & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*. II série, nº6. Junho.

<https://www.hevora.min-saude.pt/servicos-clinicos/especialidades/cardiologia/>

Apêndice II – **Pedido para uso da escala “Self-Care of Hypertension Inventory”**



Carla Moro <15477@ipportalegre.pt>

Self Care of Hypertension Inventory

Carla Moro <15477@ipportalegre.pt>
Para: vdickson@nyu.edu

14 de outubro de 2019 às 23:37

Dear Madam,

I am a nurse in a surgery unit, and I intend to validate your scale of Self Care of Hypertension Inventory, in the Portuguese population.

It is a work of masters in nursing, with the guidance of Teacher PhD Maria do Céu Mendes Pinto Marques, in the University of Évora - Portugal

I believe that the application of its scale is a determining factor for the monitoring, maintenance and management of hypertension in the Portuguese people, for that reason ask you if you please give me the permission to proceed with its validation and use.

I am available for any further clarifications. I hereby apologize for any possible language inaccuracies present in this text.

Kind regards,
Carla Moro

Apêndice III – Escala do autocuidado da hipertensão traduzida para português

Escala do Autocuidado da Hipertensão Arterial*Todas as respostas são confidenciais.*

Pense como se tem sentido durante o último mês ou desde a última vez que conversámos enquanto responde aos itens.

SECÇÃO A:

Em baixo estão listadas instruções comuns dadas a pessoas com tensão arterial alta. Com que frequência as cumpre? Assinale com um círculo um número de cada item.

	Nunca ou raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou diariamente
1-Avalia a sua tensão arterial?	1	2	3	4
2-Come muitas frutas e legumes?	1	2	3	4
3-Faz alguma atividade física?	1	2	3	4
4-Mantém consultas com o seu médico/enfermeiro?	1	2	3	4
5-Faz uma dieta com pouco sal?	1	2	3	4
6-Faz exercício pelo menos 30 minutos?	1	2	3	4
7-Toma os medicamentos como prescritos?	1	2	3	4
8-Pede alimentos com baixo teor de sal quando faz refeições fora de casa ou visita alguém?	1	2	3	4
9-Usa um sistema (caixa de comprimidos, lembretes) para ajudá-lo a lembrar de tomar os medicamentos?	1	2	3	4
10-Faz uma dieta pobre em gorduras?	1	2	3	4
11-Tenta perder peso ou controlar o peso?	1	2	3	4

SECÇÃO B:

Muitos doentes têm dificuldade em controlar a tensão arterial.

No último mês, a sua tensão arterial ficou alta, mesmo que brevemente? Assinale com um círculo uma opção

0) Não

1) Sim

12-Se teve algum problema para controlar a sua tensão arterial no último mês...

(assinale com um círculo **um** número)

	Não tive isso	Não reconheci	De forma lenta	De forma normal	Rápido	Muito rápido
Com que rapidez reconheceu que a sua tensão arterial estava elevada?	N/A	0	1	2	3	4

Listados abaixo estão algumas medidas que as pessoas usam para controlar a tensão arterial. Se a sua tensão arterial subir, qual a probabilidade de usar uma dessas medidas?

(assinale com um círculo **um** número para cada medida)

	Improvável	Pouco provável	Provável	Muito provável
13-Reduzir o sal na dieta	1	2	3	4
14-Reduzir o stress	1	2	3	4
15-Ter atenção para tomar os medicamentos prescritos sem falta	1	2	3	4
16-Contatar o seu médico ou enfermeiro para aconselhamento	1	2	3	4

17. Pense numa medida que tentou na última vez em que a sua tensão arterial subiu,

(Assinale com um círculo **um** número)

	Não tentei nada	Não tenho a certeza	Tenho uma vaga ideia	Tenho a certeza	Tenho a certeza absoluta
Quanta <u>certeza</u> tem de que essa medida ajudou ou não ajudou?	0	1	2	3	4

SECÇÃO C:

No geral, está **confiante** em que consegue:

	Nada confiante	Pouco confiante	Muito confiante	Extremamente confiante
18. Controlar a sua <u>tensão arterial</u> ?	1	2	3	4
19. Seguir o <u>regime terapêutico</u> ?	1	2	3	4
20. Reconhecer as <u>mudanças na sua saúde</u> , se estas ocorrerem?	1	2	3	4
21. Avaliar as <u>mudanças na sua tensão arterial</u>	1	2	3	4
22. Fazer <u>alguma coisa</u> para controlar a sua tensão arterial?	1	2	3	4
23. Avaliar a eficácia de qualquer procedimento?	1	2	3	4

Apêndice IV – **Pedido à Comissão de Ética do HESE**



**PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE
ÉVORA, EPE**

Nome: Carla Sofia Trindade Gonçalves Moro, na qualidade de Enfermeira, com o contacto telefónico 963446985, o email carla.goncalves.moro@gmail.com, e a morada Rua de Juromenha nº6 1ªEsq, 7350-113 Elvas, solicita que a Comissão de Ética emita parecer sobre o seguinte assunto:

RESUMO:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre-Escola Superior de Saúde, encontro-me a realizar um estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos e na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção, que teve início a 16 de Setembro de 2019 e que termina a 31 de Janeiro de 2020. Este estágio prevê a realização de um projeto de intervenção, sendo o tema escolhido “O Autocuidado da Pessoa com Hipertensão Arterial”, cujo objetivo é a validação da escala do Autocuidado na Hipertensão arterial, “Self-Care of Hypertension Inventory” de Victoria Vaughan Dickson, para a população portuguesa. Esta escala avalia 23 itens, na qual se pretende avaliar o conhecimento sobre a manutenção do autocuidado das pessoas com hipertensão arterial; identificar a capacidade na gestão do autocuidado das pessoas com hipertensão arterial; identificar a autonomia das pessoas com a monitorização hipertensão arterial.

Com a realização e aplicação deste projeto, pretendo desenvolver e atingir as competências de mestre em enfermagem, e que os resultados obtidos possam ser uma mais-valia para a comunidade científica.

No decorrer do projeto estão previstas as seguintes atividades:

- Tradução da escala para português;
- Validação da escala traduzida para a população portuguesa, através da sua aplicação a utentes com hipertensão arterial seguidos em consulta de Cardiologia do HESE;
- Apresentação dos resultados no repositório da instituição do curso (i.e Relatório de estágio) e publicado em revista científica da área.



Telefone: 266 740 100 – Telemóvel: 961 961 600 – Fax: 266 701 821
geral@heveira.min-saude.pt | www.heveira.min-saude.pt
Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. | Largo Senhor da Pobreza, s/n - 7000-811 Évora
Empresa Pública - Entidade Pública Empresarial | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Évora,
sob o n.º 508 085 888 NIPC/NIF: 508.085.888 | Capital Estatutário: 31.002.535,00 Euros



Problemas que se colocam:

Comprometo-me em garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos e em informar os utentes envolvidos desta condição, bem como do âmbito e objetivos do projeto, sendo o seu envolvimento facultativo.

Em anexo, segue escala a traduzir e validar com população alvo.

Consulta que deseja fazer à Comissão de Ética:

Expor e requerer que me seja concedida autorização para realizar Projeto de Intervenção, integrado no Estágio Final do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica.

O requerente

_____/_____/_____



Telefone: 266 740 100 – Telemóvel: 961 961 600 – Fax: 266 701 821
geral@hevsr.mh-saude.pt | www.hevsr.mh-saude.pt
Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. | Largo Senhor da Póbreza, s/n - 7000-811 Évora
Empresa Pública - Entidade Pública Empresarial | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Évora,
sob o n.º 506 085 888 NIPC/NIF: 506.085.888 | Capital Estatutário: 31.002.535,90 Euros

Apêndice V – **Pedido à Comissão de Ética do IPP**



COMISSÃO DE ÉTICA

Submissão de Projetos/Estudos de Investigação

Emissão de Parecer

Título do Projeto “O AUTOCUIDADO DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL”

Nível de Investigação:	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
		X	
	Outro:		

Calendarização prevista	Início	Fim	Nº de meses
	16/09/2019	31/01/2020	4,5

Referência do Projecto	Entidade promotora		
	Parcerias		
	X Sem Financiamento	Com Financiamento	Orçamento
	Entidade financiadora		

Equipa de Investigação:

Investigador Principal – Carla Sofia Trindade Gonçalves Moro

Orientador – Professora Maria do Céu Pinto Marques

Contextualização/Resumo (aproximadamente 250 palavras):

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre-Escola Superior de Saúde, encontro-me a realizar um estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos e na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção, que teve início a 16 de Setembro de 2019 e que termina a 31 de Janeiro de 2020. Este estágio prevê a realização de um projeto de intervenção, sendo o tema escolhido “O Autocuidado da Pessoa com Hipertensão Arterial”, cujo objetivo é a validação da escala do Autocuidado na Hipertensão arterial, “Self-Care of Hypertension Inventory” de Victoria Vaughan Dickson, para a população portuguesa. Esta escala avalia 23 itens, na qual se pretende avaliar o conhecimento sobre a manutenção do autocuidado das pessoas com hipertensão arterial; identificar a capacidade na gestão do autocuidado das pessoas com hipertensão arterial; identificar a autonomia das pessoas com a monitorização hipertensão arterial.

Com a realização e aplicação deste projeto, pretendo desenvolver e atingir as competências de mestre em enfermagem, e que os resultados obtidos possam ser uma mais-valia para a comunidade científica.

No decorrer do projeto estão previstas as seguintes atividades:

- Tradução da escala para português;
- Validação da escala traduzida para a população portuguesa, através da sua aplicação a utentes com hipertensão arterial seguidos em consulta de Cardiologia do HESE;
- Apresentação dos resultados no repositório da instituição do curso (i.e Relatório de estágio) e publicado em revista científica da área.

Fundamentação e pertinência do estudo:

Segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH, 2014), a Hipertensão Arterial (HTA), é um problema grave de saúde pública e constitui uma das principais causas de morbi-mortalidade nas sociedades desenvolvidas. A HTA em Portugal é um dos principais fatores de risco das doenças cardio-cerebrovasculares, sendo que a maioria dos hipertensos não apresenta a HTA controlada.

Este projeto apresenta a validação da escala do Auto cuidado da Hipertensão Arterial de Victoria Vaughan Dickson a doentes hipertensos, que serão avaliados em contexto hospitalar. Esta escala avalia 23 itens, na qual se pretende avaliar o conhecimento sobre a manutenção do autocuidado das pessoas com hipertensão arterial; identificar a capacidade na gestão do autocuidado das pessoas com hipertensão arterial; identificar a autonomia das pessoas com a monitorização hipertensão arterial.

O Auto cuidado pode ser um método eficaz para a prevenção da hipertensão, mas até agora não existe nenhum instrumento especializado para avaliar a capacidade do Auto cuidado nos hipertensos em Portugal.

Procedimentos metodológicos:

- Objetivos :- Traduzir e validar um instrumento de avaliação do nível conhecimentos sobre a HTA;- Conhecer a literacia dos portugueses sobre a HTA; - Utilizar a escala em contexto clínico.
- Desenho do estudo
- Seleção da amostra: Pessoas hipertensas, seguidas em consulta de Cardiologia no HESE.
- Instrumentos de recolha de dados: adaptação cultural e linguística de um instrumento previamente desenvolvido - Escala do Autocuidado da Hipertensão Arterial.
- Procedimentos na recolha dos dados: Através da sua aplicação a 115 utentes com hipertensão arterial seguidos na consulta de Cardiologia do HESE.

A escala será aplicada em contexto de prática clínica na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, a uma amostra controlada de modo a compreender a eficácia da mesma.

- Tratamento e análise dos dados
- Forma de divulgação dos resultados: Apresentação dos resultados no repositório da instituição do curso (i.e Relatório de estágio) e publicado em revista científica da área.

Procedimentos Éticos:

- Confidencialidade dos dados: Todos os dados recolhidos, são guardados em computador pessoal, onde apenas eu tenho acesso, protegido com palavra passe. Os questionários serão codificados de forma a que o doente não possa ser identificado.

- Anonimato dos participantes: Os questionários serão codificados de forma a que o doente não possa ser identificado.

- Consentimento informado dos participantes: A cada participante será apresentado o pedido de consentimento informado (anexo III). A aceitação de participação é condição essencial à prossecução do projeto. O direito à recusa em participar é assegurado.

- Já foi enviado pedido de parecer à Comissão de Ética do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, tendo sido já contactada por um elemento da mesma no sentido de informar que o estudo está autorizado, mas como se trata de estudante do IPP, necessitam de uma declaração da Comissão de Ética do IPP em como o processo está dentro dos procedimentos legais no IPP, para que possam passara declaração final.

Comprometo-me em garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos e em informar os utentes envolvidos desta condição, bem como do âmbito e objetivos do projeto, sendo o seu envolvimento facultativo.

Benefícios que resultarão do estudo:

Determinando o nível de conhecimento que cada pessoa tem sobre a HTA, pode permitir redefinir as melhores intervenções na promoção da saúde e prevenção da doença, de forma a tornar as pessoas participantes ativos no autocuidado da sua tensão arterial.

O conhecimento que a pessoa hipertensa tem sobre a sua doença faz parte do sucesso terapêutico.

Com a validação desta escala esperamos que possa contribuir para um maior investimento nesta área e fazer a diferença na promoção da saúde e na prevenção da HTA.

Estudos prévios em que se baseia a investigação:

<https://self-care-measures.com/available-self-care-measures/self-care-of-hypertension-inventory/>

https://www.researchgate.net/publication/318576777_Cross-cultural_Adaptation_of_the_Self-care_of_Hypertension_Inventory_Into_Brazilian_Portuguese

- Bibliografia de suporte:

Sociedade Portuguesa de Hipertensão - SPH. (Janeiro de 2014). Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular. *Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial*(39), pp. 1-92. Obtido em Novembro de 2019

Uva, M., Victorino, P., Roquette, R., Machado, A., & Dias, C. (12 de Agosto de 2014). Revista Portuguesa de Cardiologia. *Investigação epidemiológica sobre prevalência e incidência de hipertensão arterial na população portuguesa - uma revisão de âmbito*, pp. 451-463. Obtido em Novembro de 2019

<https://self-care-measures.com/>

www.revportcardiol.com/pt

<https://journals.hrw.com/hypertension/pages/default.aspx>

Anexos:

- Exemplar dos instrumentos de recolha de dados
- Instrumento de recolha de dados traduzido para Português
- Exemplar do documento de consentimento informado (se aplicável)
- Termo de aceitação do(s) orientador(s)

- Termo de aceitação da Direção da Instituição onde se desenvolve o estudo/projeto

Tomei conhecimento do Código de ética do IPP

☒

Assinatura do Investigador

Carla Sofia Trindade Gonçalves Moro

Data

12 de novembro de 2019

Nota – O pedido, depois de devidamente instruído, deve ser encaminhado via mail à Comissão de Ética do IPP (ceipp@ipportalegre.pt) ou entregue em formato de papel no secretariado da Presidência do IPP.

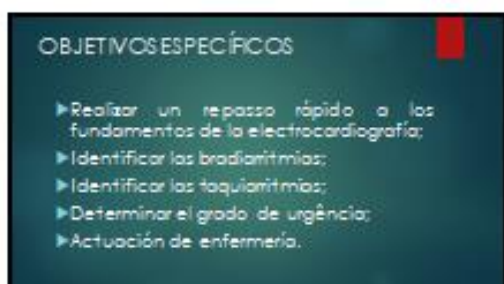
Apêndice VI – Power Point: Atuação de enfermagem ante un paciente con alteraciones electrocardiográficas



1



2



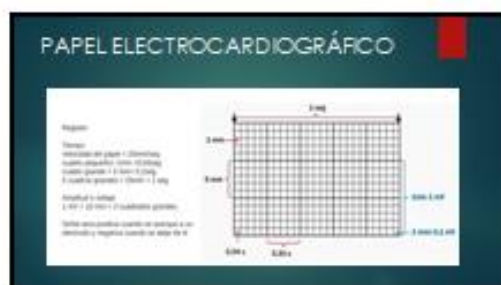
3



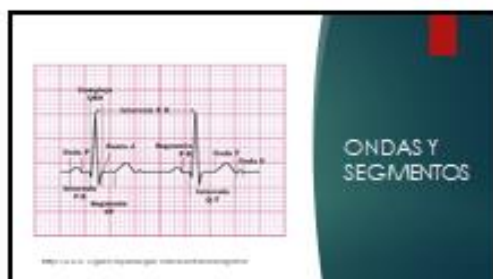
4



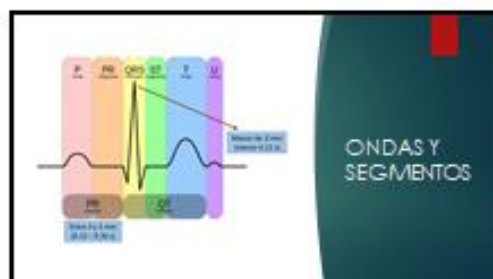
5



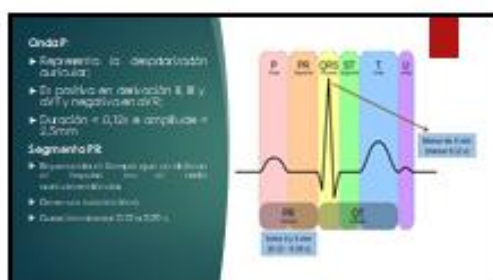
6



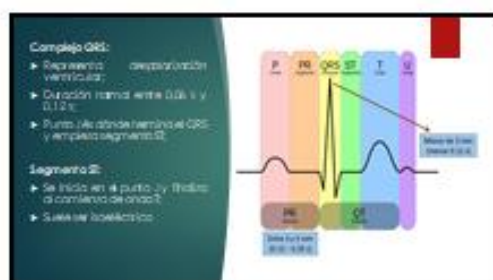
7



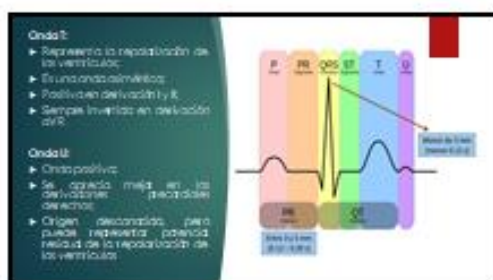
8



9



10



11



12



13

BRADIARRITMIAS

- » Frecuencia ventricular < 40 bpm
- » Frecuencia ventricular < 40 bpm = bradicardia extrema

Indicaciones:

- » Por medicamentos (beta-bloqueantes)
- » Cambios fisiológicos cardíacos (degenerativos, inflamatorios, isquémicos, etc.)
- » Causas funcionales (hipertono vagal)

14

BRADIARRITMIAS

» Origen se debe a una dificultad de nodos sinos (bradicardia sinusal, paro sinusal o bloque sinusal) y/o dificultad de la conducción auriculoventricular (bloque AV 1º y 2º grado)

15

BRADIARRITMIAS

SAV 1º GRADO

- Intervalo PQ > 0.20s
- Raramente tiene sintomatología
- Se dilata, raramente tiene tratamiento

16

BRADIARRITMIAS

SAV 2º GRADO Mobitz I (Wenckebach)

- Relación PQRS: PQ de 0.12-0.20s
- Raramente tiene sintomatología
- Ritmo irregular
- Puede ser fisiológico (previa alta competición)
- Fuga de algo conlleva al síndrome patológico (AV)
- Si sintomático generalmente no necesita de tratamiento inmediato
- La necesidad de tratamiento depende del efecto de la bradicardia en el enfermo, y el riesgo de desarrollar una AV más grave o total

17

BRADIARRITMIAS

SAV 2º GRADO Mobitz II

- Relación PQRS: PQ constante pero algunas ondas R no conducen
- Ritmo irregular
- Tiene mayor riesgo de progresar para SAV completo y síncope

18

BRADIARRITMIAS

SAV 2º GRADO (Completo)

- Relación P-QRS no hay relación entre los ondas P y los complejos QRS.
- Disociación auriculoventricular.
- Q-T largo del electrocardiograma que atribuya los ventrículos de una forma irregular ventricular y la anchura del QRS.



19

BRADIARRITMIAS – ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

- Aplicación de medidas generales (sujeción, posición, ventilación, monitorización de los signos vitales y valoración) y la valoración del paciente (valorar con un algoritmo ABCDE: vía aérea, Respiración, Circulación, Detección y Exposición).
- Valoración para la identificación de signos adversos por bajo gasto cardíaco. Las intervenciones y cuidados de enfermería se dirigen a aumentar la frecuencia cardíaca y mantenerla por encima de los límites como a un ritmo de 60-100 y más, a con un marcapasos temporal o definitivo.

20

BRADIARRITMIAS – ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

- Valoración para la detección precoz del riesgo de asistolia para garantizar una respuesta ventricular adecuada, las intervenciones y cuidados de enfermería se basan en la valoración y en la utilización segura de un marcapasos temporal o definitivo.
- Observación del paciente que no presenta signos adversos ni riesgo de asistolia y la eliminación de las causas reversibles de la bradicardia.

21

Algoritmo de Bradiarritmia



22

TAQUIARRITMIAS

- Frecuencia ventricular: >100 bpm.
- La actuación depende del grado de tolerancia por el enfermo y del registro electrocardiográfico del complejo QRS.
- QRS estrecho: taquicardia supraventricular.
- QRS ancho: taquicardia de origen ventricular o supraventricular con conducción aberrante.

23

TAQUIARRITMIAS



24



25



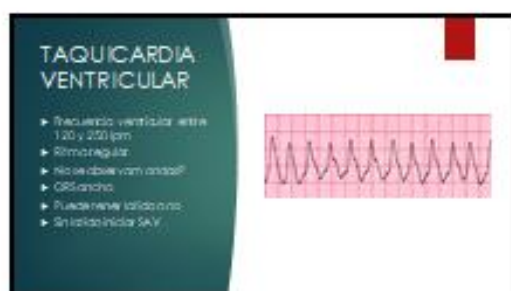
26



27



28



29



30

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

[illegible]

- **SCALES**
 - Densità lineare di oggetti in profondità
 - Polarizzazione di 22 in 198
 - Polarizzazione in funzione della temperatura

→ Astronómia

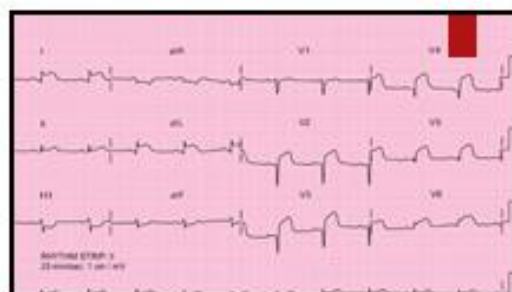
© 2005 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 258: 105–112

- Se puede observar mediante los desviaciones del ECG:
 - Paradoja superior V1 - V2
 - Paradoja anterior V3 - V4
 - Paradoja lateral I, aVL, V5 y V6
 - Paradoja inferior II, III, aVF

out-20 | Página 119



37



38



39



40



41



42

Apêndice VII – Cuestionário de evaluación de la acción de formación

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN DE FORMACIÓN

TEMA: Actuación de enfermería ante un paciente con alteraciones electrocardiográficas

Su opinión sobre esta acción que terminó es para nosotros muy importante, pues permite desencadenar un proceso de mejora continua y el ajuste de los programas y de los métodos en acciones futuras. Por favor, marque un (X) delante de cada uno de los parámetros abajo indicados, en una escala de 1 a 5 valores, siendo asignado al valor 1 "nada" y al valor 5 "mucho" conforme su opinión.

CONTENIDOS PROGRAMÁTICOS/MÉTODOS/ EVALUACIÓN GLOBAL	Nada.....Mucho				
	1	2	3	4	5
1. Contenidos de la acción de formación					
2. Estructura de los contenidos					
3. Interés / utilidad de los contenidos					
4. Adecuación de los métodos utilizados para los temas tratados					
5. Duración de la acción de formación (adecuación del tiempo al programa)					
6. Logro de los objetivos propuestos					
7. Esta acción de formación le permitió adquirir nuevos conocimientos					
8. El nivel de las materias tratadas fue adecuado a su nivel de conocimiento					

Comentarios / Sugerencias / Comentarios

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS: Diga si son verdaderas o falsas las siguientes afirmaciones

	Verdadero	Falso
El complejo QRS normal tiene una duración inferior a 0,12 segundos		
El intervalo PQ normal es superior a 0,2s		
El BAV mobitz tipo II puede progredir para asistolia		
El BAV completo tiene relación de las ondas P con el complejo QRS		
La taquicardia sinusal no es considerado una arritmia		
La arritmia mas frecuente es la taquicardia supraventricular		
En SCA una alteración de la onda T significa necrosis		
Un infarto septal tiene alteraciones en V1 e V2		



Estamos perante un IAM:

☐ Anterior ☐ Antero-lateral ☐ Antero-septal ☒ Inferior



Estamos perante un IAM:

☐ Anterior ☐ Antero-lateral ☒ Antero-septal ☐ Inferior

Gracias por su colaboración

Apêndice VIII – Artigo: **O autocuidado do doente cardíaco com hipertensão arterial**

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**O AUTO-CUIDADO DO DOENTE CARDÍACO COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**AUTOCUIDADO DE ENFERMOS CARDÍACOS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

**THE SELF-CARE OF CARDIAC PATIENTS WITH
HYPERTENSION**

Carla Gonçalves Moro: Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em situação Crítica na Escola Superior de Saúde de Portalegre/Pt

JANEIRO 2020

RESUMO

O autocuidado nas pessoas hipertensas é essencial para o controlo da mesma, e para a redução de complicações. Determinando o nível de conhecimento que cada pessoa tem sobre a HTA, pode permitir redefinir as melhores intervenções na promoção da saúde e na prevenção da doença, de forma a tornar as pessoas participantes ativos no autocuidado da sua tensão arterial. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento e a prática do autocuidado em pessoas hipertensas. **Método:** Revisão Sistemática da Literatura (RSL), através do método PICO para a formulação da questão de investigação e a metodologia de *Joanna Briggs Institute* (JBI). A pesquisa foi realizada nas seguintes plataformas de base de dados eletrónicas: EBSCOhost e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Aplicados critérios de inclusão: estudos que incluam adultos hipertensos, estudos disponíveis em *full text*, em português, espanhol e inglês, analisados por especialistas e entre 2014 e 2019. **Resultados:** Foram incluídos 5 artigos que cumpriram os critérios de elegibilidade e qualidade metodológica definidos para esta revisão. **Conclusões:** O conhecimento que a pessoa hipertensa tem sobre a sua doença faz parte do sucesso terapêutico.

Descritores: Hipertensão, autocuidado, autogestão, conhecimento, enfermeiros.

RESUMEN

El autocuidado en personas hipertensas es esencial para controlarlo y reducir las complicaciones. Al determinar el nivel de conocimiento que cada persona tiene sobre la HTA, puede permitir redefinir las mejores intervenciones en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, para que las personas participen activamente en el autocuidado de su presión arterial. **Objetivo:** Evaluar el conocimiento e la práctica del autocuidado en personas hipertensas. **Método:** Revisión sistemática de la literatura utilizando el método PICO para formular la pregunta de investigación y la metodología del Instituto Joanna Briggs. La investigación se llevó a cabo en las siguientes plataformas de bases de datos electrónicas: EBSCOhost y Virtual Health Library (VHL). Criterios de inclusión aplicados: estudios que incluyeron adultos hipertensos, estudios disponibles en texto completo, en portugués, español e inglés, analizados por especialistas y entre 2014 y 2019. **Resultados:** Se incluyeron cinco artículos que

cumplieron con los criterios de elegibilidad y la calidad metodológica definidos para esta revisión. **Conclusiones:** El conocimiento que tiene la persona hipertensa sobre su enfermedad es parte del éxito terapéutico.

Descriptores: Hipertensión, autocuidado, autogestión, conocimiento enfermeras.

ABSTRACT

Self-care in hypertensive people is essential to control it and to reduce complications. Determining the level of knowledge that each person has about HTA, can redefine the best interventions in health promotion and disease prevention, in order to make people active participants in self-care of their blood pressure. **Objective:** Evaluate the knowledge and the practice of self-care in hypertensive people. **Methods:** Systematic Review of Literature using the PICO method in the formulation of the research question and the methodology of *Joanna Briggs Institute*. The research was carried out on the following electronic database platforms: EBSCOhost and Virtual Health Library (VHL). Applied inclusion criteria: studies that include hypertensive adults, available in full text, in Portuguese, Spanish, and English, analyzed by experts and between 2014 and 2019. **Results:** Five articles were included that met the eligibility criteria and methodological quality defined for this review. **Conclusion:** The knowledge that the hypertensive person has about his illness is part of the therapeutic success. **Keywords:** Hypertension, self-care, self-management, knowledge, nurses.

ANEXOS

Anexo I – Escala original “Self-Care of Hypertension Inventory”

SELF-CARE OF HIGH BLOOD PRESSURE

V2.0 (March 2016)

All answers are confidential.

Think about how you have been feeling in the last month or since we last spoke as you complete these items.

SECTION A:

Listed below are common instructions given to persons with high blood pressure. How routinely do you do the following? Circle one number for each item.

	Never or rarely	Sometimes	Frequently	Always or daily
1. Check your blood pressure?	1	2	3	4
2. Eat lots of fruits and vegetables?	1	2	3	4
3. Do some physical activity?	1	2	3	4
4. Keep doctor or nurse appointments?	1	2	3	4
5. Eat a low salt diet?	1	2	3	4
6. Exercise for 30 minutes?	1	2	3	4
7. Take medicines as prescribed?	1	2	3	4
8. Ask for low salt items when eating out or visiting others?	1	2	3	4
9. Use a system to help you remember your medicines? For example, use a pill box or reminders.	1	2	3	4
10. Eat a low fat diet?	1	2	3	4
11. Try to lose weight or control your body weight?	1	2	3	4

SECTION B:

Many patients have difficulty controlling their blood pressure.

In the past month, has your blood pressure been high, even briefly? Circle one.

- 0) No
- 1) Yes

12. If you had trouble controlling your blood pressure in the past month...

(circle **one** number)

	Have not had this	I did not recognize it	Not Quickly	Somewhat Quickly	Quickly	Very Quickly
How <i>quickly</i> did you recognize that your blood pressure was up?	N/A	0	1	2	3	4

Listed below are actions that people use to control their blood pressure. If your blood pressure goes up, how likely are you to try one of these actions?

(circle **one** number for each remedy)

	Not Likely	Somewhat Likely	Likely	Very Likely
13. Reduce the salt in your diet	1	2	3	4
14. Reduce your stress level	1	2	3	4
15. Be careful to take your prescription medicines more regularly	1	2	3	4
16. Call your doctor/ nurse for guidance	1	2	3	4

17. Think of an action you tried the last time your blood pressure was up,

(circle **one** number)


	I did not try anything	Not Sure	Somewhat Sure	Sure	Very Sure
How <u>sure</u> were you that the action helped or did not help?	0	1	2	3	4

SECTION C:

In general, how **confident** are you that you can:

	Not Confident	Somewhat Confident	Very Confident	Extremely Confident
18. Control your <u>blood pressure</u> ?	1	2	3	4
19. Follow your <u>treatment regimen</u> ?	1	2	3	4
20. Recognize <u>changes</u> in your health?	1	2	3	4
21. Evaluate <u>changes</u> in your blood pressure?	1	2	3	4
22. Take <u>action</u> that will control your blood pressure?	1	2	3	4
23. Evaluate how well an action works?	1	2	3	4

Anexo II – **Autorização para o uso da escala do autocuidado da hipertensão traduzida**

**Carla Moro** <15477@ipportalegre.pt>
para Barbara, Ceu, Ines ▾


sexta, 22/11/2019, 21:43 ☆ ↶ ⋮

Dear Barbara,


Can I use the SC-HI? I made the changes suggested!
Do you think the translation is accepted, now?

Thank you so much for your help!
Best regards,
Carla Moro

⋮

**Riegel, Barbara** <briegel@nursing.upenn.edu>
para mim, Ceu, Ines ▾

sexta, 22/11/2019, 21:47 ☆ ↶ ⋮

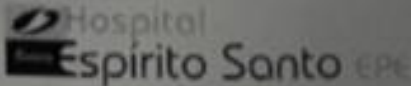
 inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem

Desativar para mensagens em: inglês ✕

If you have made the change, it is OK to use it. But please send me the final Portuguese version. Thank you.

From: Carla Moro <15477@ipportalegre.pt>
Sent: Friday, November 22, 2019 4:44 PM

Anexo III – **Parecer da Comissão de Ética do HESE**


COMISSÃO DE ÉTICA
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE, EPE)

Título do Projeto: O Autocuidado da pessoa com hipertensão arterial

Nome: Carla Moro

Instituição: Hospital Espírito Santo de Évora, EPE

Investigador Responsável/Orientador: — — —

Enquadramento Académico: Mestrado

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão ☒ Sim
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados ☒ Sim
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos ☒ Sim
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes ☒ Sim

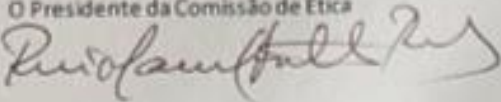
Parecer da Comissão de Ética do HESE, EPE:

Favorável ☒ X

Condicional ☐

NOTA: Faltou parecer da comissão de ética da instituição académica

Data: 05/12/19

O Presidente da Comissão de Ética


Anexo IV – **Parecer da Comissão de Ética do IPP**



Instituto
Politécnico
Portalegre

COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº Pedido _____ / Data 29/11/2019
Ref. SC/2019/4020

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que na reunião de 26 de novembro de 2019, deliberou emitir *Parecer Positivo* à realização do Estudo de Investigação "O Autocuidado da pessoa com hipertensão arterial" no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, sob a responsabilidade da Investigadora Carla Sofia Trindade Gonçalves Moro e orientação da Profª Doutora Maria do Céu Pinto Marques.

A Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

Ana Paula Calado Baptista Enes de Oliveira

29-11-2019

IPP COM-ET1.2-Rev.2



Anexo V – **Declaração de Consentimento Informado**



COMISSÃO DE ÉTICA

Declaração de Consentimento Informado

NOTA: A Declaração de Consentimento Informado a redigir, deve ser específica, verdadeira e esclarecedora do Estudo/Projeto de Investigação, devendo ser acrescentados dados considerados pertinentes ou eliminados os não aplicáveis.

Compete ao Investigador(es) prestar aos Participantes do Estudo/Projeto as informações necessárias ao Consentimento livre e esclarecido.

Sugere-se que seja anexo à Declaração de Consentimento Informado um folheto informativo e esclarecedor sobre o Estudo/Projeto para facultar aos Participantes.

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento.

Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em Situação Crítica, a investigadora Carla Sofia Trindade Gonçalves Moro pretende realizar um projecto de investigação com o tema "O Autocuidado do Doente Cardíaco com Hipertensão Arterial" e cujo objectivo principal é: Aprender o nível de conhecimento do doente/família sobre a HTA através da Escala do Autocuidado da Hipertensão Arterial, de pessoas seguidas na consulta de Cardiologia do HESE.

A evolução dos conhecimentos científicos, nos mais diversos domínios, tem sido possível graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da sua participação.

Asseguramos que neste estudo/projeto será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo.

Declaração de participante:

- Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada.
- Declaro ter-me sido garantido que posso desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) e esclarecido(a) autorizo a minha participação neste estudo/projeto:

(localidade e data)

Nome: _____

Assinatura do Participante/ Representante (riscar o que não interessa)

BI/ CD n.º, data/ validade

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida, ficando o participante informado e esclarecido:

Nome do investigador _____

Assinatura _____